

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА**

На правах рукопису

ЛЮБІНА ЛЮБОВ АНАТОЛІЇВНА

УДК 159.923: 159.98

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ
ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ**

19.00.07 – педагогічна та вікова психологія

**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата
психологічних наук**



Науковий керівник
Максименко Сергій Дмитрович,
доктор психологічних наук,
професор, дійсний член НАПН
України, заслужений діяч науки і
техніки України, директор Інституту
психології імені Г. С. Костюка НАПН
України

Київ – 2015

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ.....	16
1.1. Професійна компетентність як інтегральна характеристика професійного становлення та розвитку особистості майбутнього фахівця.....	16
1.2. Психологічні особливості розвитку та чинники формування професійної компетентності майбутніх лікарів на етапі професійного навчання у ВМНЗ	32
1.3. Гендерні особливості професійного становлення особистості майбутнього лікаря.....	42
Висновки до першого розділу	52
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ОСНОВНИХ КОМПОНЕНТІВ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ...	55
2.1. Методика та загальна процедура організації емпіричного дослідження.....	55
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження гендерних особливостей розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів	68
Висновки до другого розділу	118
РОЗДІЛ ІІІ. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	122
3.1. Методологічні принципи та завдання формувального етапу експериментального дослідження.....	122

3.2. Організація та проведення гендерно-орієнтованої програми формування професійної компетентності майбутніх лікарів в умовах навчально-професійної діяльності.....	135
3.3. Організація та проведення контрольного етапу експериментального дослідження.....	166
3.4. Результати та аналіз ефективності формувального етапу експериментального дослідження.....	167
Висновки до третього розділу.....	177
ВИСНОВКИ	181
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	187
ДОДАТКИ	211

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Об'єктивні потреби суспільства диктують необхідність підвищення професійної компетентності фахівця з медицини на етапі його навчання у вищому навчальному закладі. Професійна компетентність виступає тим інтегративним показником якості підготовки майбутнього фахівця з медицини, високий рівень якої, є вирішальним фактором соціальної захищеності та професійного розвитку медичних працівників, а його досягнення – головним завданням професійної освіти.

Відповідно з цим, постає питання про особливості розвитку і формування професійної компетентності майбутнього лікаря в умовах навчально-професійної діяльності, оскільки саме в студентському віці відбувається інтенсивний цілеспрямований розвиток особистості майбутнього фахівця. Відбувається формування реалістичної та диференційної перспективи на майбутнє, що ґрунтується на оцінці власних здібностей та схильностей, побудові системи цінностей та ієрархічної структури мотивів. У майбутніх фахівців відбувається активний розвиток стабільності власного «Я» та соціально відповідальної поведінки, становлення професійної свідомості, політичної й суспільної активності як громадянина. Особливої актуальності набуває розгляд даного питання із урахуванням гендерних характеристик професійного становлення та розвитку особистості студентів. Дослідження професійної компетентності майбутнього лікаря з точки зору гендерного підходу, на наш погляд, дозволяє більш повно та якісно проаналізувати особливості його професійного становлення, визначити ефективні шляхи оптимального розвитку особистості. Саме сформоване цілісне уявлення особистості про себе, що проявляється в самодостатності, гармонії, усвідомленості життєвого спрямування є запорукою розвитку кваліфікованого спеціаліста, зокрема – майбутнього лікаря.

Проблема формування професійної компетентності майбутніх фахівців останнім часом належить до числа актуальних проблем психології, вона активно досліджується вітчизняними і зарубіжними вченими.

В сучасній науці накопичений значний досвід дослідження професійної діяльності і розвитку компетентності. Загальнотеоретичні аспекти професійної компетентності особистості, особливості її формування висвітлюються в фундаментальних дослідженнях О. Антонової, Т. Базарова, В. Беспалька, А.Деркача, С. Дружилова, О. Дубасенюка, О. Борисової, І.Зязюна, Є. Зеєра, Л.Карамушки, Є. Клімова, О. Кокуна, Н. Кузьміної, О.Ломакіної, Д. Леонтьєва, С. Максименка, А. Маркової, Л. Мітіної, В.Монахова, В.Наперова, Н. Ничкало, Л. Орбан-Лембрик, Ю. Поваренкова, Дж. Равена, С.Уїдеїта, С. Холліфорда, Н.Чепелевої та ін.

Проблема професійного становлення майбутнього лікаря розкривається в теоретичних, науково-методичних і практичних працях, що присвячені особливостям організації навчально-виховного процесу у медичному навчальному закладі. Вона стала об'єктом розробки та практичної організації професійної діяльності працівників освіти та охорони здоров'я в роботах В.Аверина, Г. Александрова, Л. Бурлачука, А. Борисюк, Н. Городнової, І.Вітенка, Г. Гарді, О. Ісаєвої, Б. Карвасарського, В. Когана, І. Косаревої, Р.Коротких, Г.Лернера, С. Лігер, С. Максименка, М. Мруги, Г. Никифорова, В.Ороховського, К. Платонова, Р.Решетової, Л. Супрун, В. Ташликова, Л.Тилевич, М. Тимофієвої, Л. Цветкової, О. Шатрової, О. Юдіної та ін.

Гендерні особливості професійного становлення особистості розкривають в своїх теоретичних положеннях і практичних дослідженнях В.Агеєв, Ю.Альошина, С. Бем, Т. Бендас, Ш. Берн, О. Вейнінгер, С. Бовуар, В.Геодакян, Т.Говорун, К. Горні, П. Горностай, Н. Городнова, Т. Зайчикова, І. Ільїн, Д. Ісаєв, В. Каган, О.Кікінежді, І. Клецина, І. Кон, А. Лібін, Т. Титаренко, З.Фройд та ін.

Проведений нами аналіз теоретичних джерел з визначеної проблематики дозволяє констатувати, що на сьогодні професійна компетентність є предметом вивчення багатьох досліджень в психології, соціології та педагогіці, де

накопичений великий масив даних про різноманітні аспекти проблеми її формування в майбутніх фахівців різних галузей, в тому числі медичних фахівців, а також створені певні передумови для її вирішення. Але разом з тим в існуючому масиві досліджень практично відсутні роботи, присвячені дослідженню гендерних особливостей процесу формування професійної компетентності майбутніх лікарів.

З огляду на актуальність і недостатню розробленість у психології як теоретичних, так і прикладних аспектів порушеної у даному дослідженні проблеми, доцільність наукового пошуку ефективних шляхів формування професійної компетентності майбутнього лікаря було визначено темою дослідження: ***«Гендерні особливості формування професійної компетентності майбутніх лікарів».***

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконувалося у 2005–2014 рр. відповідно до планів наукових досліджень лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України в межах комплексних науково-дослідних тем: «Психолого-педагогічні умови розвитку особистісної активності в освітньому просторі» (номер держреєстрації 0105U001036); «Психологічні чинники самодетермінації особистості в освітньому просторі» (номер держреєстрації 0109U000558); «Діяльнісна самореалізація особистості в освітньому просторі» (номер держреєстрації 0114U000602).

Тему дисертації затверджено на засіданні вченої ради Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 2 від 26 березня 2009 року) та узгоджено у бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних та психологічних наук України НАПН України (протокол № 3 від 28 квітня 2009 року).

Об'єкт дослідження – процес формування професійної компетентності майбутніх лікарів.

Предмет дослідження – гендерні особливості формування професійної компетентності майбутніх лікарів у процесі професійної підготовки у ВМНЗ.

Мета дослідження – визначення гендерних особливостей та умов ефективного формування професійної компетентності майбутніх лікарів в процесі їх навчально-професійної діяльності у ВМНЗ через активізацію їх особистісного потенціалу.

Відповідно до предмету та мети дослідження було висунуто таку **гіпотезу**: процес формування професійної компетентності майбутніх лікарів в умовах їх навчально-професійної діяльності у вищому медичному навчальному закладі є ефективнішим, якщо здійснюється через активізацію їх особистісного потенціалу з урахуванням гендерних характеристик за допомогою цілеспрямованих методів впливу на основні компоненти їхньої професійної компетентності.

Перевірка гіпотези дослідження та досягнення мети передбачали розв'язання таких **завдань**:

1. На основі теоретико-методологічного аналізу наукових джерел з проблеми розвитку та формування професійної компетентності фахівців визначити її структуру та види у майбутніх лікарів.
2. Проаналізувати сучасний стан розробленості проблеми гендерних особливостей формування професійної компетентності майбутніх фахівців.
3. Розширити та поглибити зміст поняття «професійна компетентність майбутнього лікаря».
4. Розробити і теоретично обґрунтувати психолого-педагогічну модель формування професійної компетентності майбутніх лікарів.
5. На основі емпіричного дослідження дослідити гендерні особливості розвитку основних компонентів професійної компетентності у майбутніх лікарів.
6. Розробити та апробувати навчальну програму авторського спецкурсу та гендерно-орієнтовану тренінгову програму з метою підвищення ефективності процесу формування професійної компетентності майбутніх лікарів через активізацію їх особистісного потенціалу.

Методологічну основу дослідження склали загально психологічні положення про сутність, розвиток та закономірності становлення особистості

як суб'єкта соціальних відносин і активної власної життєдіяльності (К.Абульханова-Славська, Б. Анан'єв, О. Асмолов, Г. Балл, Л. Божович, М.Боришевський, А. Брушлінський, Є. Климов, Г. Костюк, Б. Ломов, С.Максименко, В. Моляко, В. Мерлін, В. Москаленко, В. Панок, К. Платонов, С. Рубінштейн, В. Семиченко, В. Татенко, Т. Титаренко, Н. Чепелєва та ін.); особливості розвитку та формування професійної компетентності як інтегрального компоненту професійного становлення особистості (Т. Базаров, О. Борисова, Є. Зеєр, О. Киричук, Є. Клімов, О. Кокун, В. Кремень, Д.Леонтьєв, А. Маркова, Дж. Равен, С. Уїдеїт, С. Холліфорд, В. Семиченко, Н.Чепелєва та ін.); фундаментальні теоретичні положення гендерної психології (В. Агеєв, Ю.Альошина, С. Бем, Т. Бендас, Ш. Берн, О. Вейнінгер, С. Бовуар, В. Геодакян, Т. Говорун, К. Горні, П. Горностай, Н. Городнова, І.Ільїн, Д.Ісаєв, В. Каган, О.Кікінежді, І.Клєцина, І. Кон, А. Лібін, В.Москаленко, М.Пірен, З. Фройд, та ін.); психологічні особливості професіоналізації лікаря та специфіка професійної підготовки медичних фахівців (Л. Бурлачук, І. Вітенко, Г. Гарді, С.Максименко, М. Мруга, В.Ороховський, М. Пейсахов, К. Платонов, Л.Супрун, В. Ташликов, Л.Тилевич, Я. Цехмістер, О. Юдіна та ін.).

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використовувався комплекс методів дослідження: *теоретичні методи дослідження*: аналіз, класифікація, систематизація, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень, теоретичне моделювання; *емпіричні методи та методики дослідження*: спостереження, анкетування (авторська анкета), стандартизовані опитувальники (методика «Мотивація вибору медичної професії» (ММП) тест Хеннінга мотивів учіння в модифікації А. Василькової; опитувальник «Мотиви професійної діяльності» (МПД) А. Крилова, С. Маничева; тест-опитувальник «Рівень професійної спрямованості» (РПС) Т. Дубовицької; тест А.Елліса для оцінювання наявності та прояву ірраціональних установок в структурі «Я-концепції» майбутнього фахівця) і спеціальні психодіагностичні методики, спрямовані на вивчення гендерних особливостей становлення професійної компетентності у майбутніх

лікарів (тест Т. Лірі, тест С. Бем); методи активного психолого-педагогічного навчання; *методи статистичної обробки даних*: порівняння середніх значень за t-критерієм Ст'юдента та Т-критерієм Вілкоксона; метод непараметричної статистики – критерій U-Манна-Уїтні; кластерний і кореляційний аналіз з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Методи математичної статистики застосовувалися з метою опрацювання отриманих даних, виявлення кількісних залежностей між досліджуваними явищами і перевірки достовірності результатів експериментального дослідження. Статистична обробка даних і графічне представлення результатів здійснювалося за допомогою програми Microsoft Excel і пакета статистичних програм SPSS (версія 13.0).

Організація і експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювалось на базі ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці) та Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (м.Київ). Усього в емпіричному дослідженні взяло участь 226 осіб (119 дівчат і 107 юнаків): з них 175 студентів і 51 дипломованих спеціаліста, які навчаються в інтернатурі за різними спеціальностями (хірургія, педіатрія, терапія, гінекологія, отоларингологія, офтальмологія, медична психологія). Дисертаційне дослідження проводилось у п'ять етапів (теоретико-аналітичний, діагностичний, дослідницько-емпіричний, формувальний, узагальнюючий) впродовж 2005–2014 рр.

На першому, теоретико-аналітичному, етапі (2005 р. – 1-ша половина 2007р.) було визначено теоретико-експериментальні підходи до визначення порушеної проблеми. Це уможливило формулювання основних теоретичних положень щодо проблеми професійної компетентності майбутніх лікарів, визначено її зміст, структуру, види та гендерні характеристики.

На другому етапі, діагностичному, (2-га половина 2007 р. – 1-ша половина 2009 р.) проведено пілотажне дослідження та діагностичне опитування для визначення особливостей усвідомлення майбутніми та практикуючими лікарями сутності поняття «професійна компетентність майбутнього лікаря», їх

гендерних уявлень відносно медичної професії з метою прогностичної перевірки обраного психодіагностичного інструментарію; конкретизовані методи та загальна стратегія емпіричного дослідження.

На третьому етапі, дослідницько-емпіричному, (2-га половина 2009 р. – 1-ша половина 2010 р.) на підставі результатів пілотажного дослідження шляхом констатувального етапу емпіричного дослідження із використанням комплексу психодіагностичних методів були досліджені гендерні особливості розвитку ціннісно-мотиваційного, поведінкового, комунікативного, рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів. Побудовано і теоретично обґрунтовано психолого-педагогічну модель формування професійної компетентності майбутнього лікаря, визначено загальну стратегію реалізації програми формувальних впливів.

На четвертому, формувальному, етапі (2-га половина 2010 р. – 1-ша половина 2012 р.) здійснювалась апробація та верифікація одержаних за допомогою зазначеної програми результатів. Проведено формувальний експеримент за результатами якого було проаналізовано динаміку змін у формуванні основних складових професійної компетентності майбутніх лікарів в контрольній та експериментальній групах.

На п'ятому, узагальнюючому, етапі (2-га половина 2012 р. – 2014 р.) впроваджено в навчальний процес спецкурс «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», а також гендерно-орієнтовану тренінгову програму психолого-педагогічного спрямування з метою підвищення ефективності процесу формування професійної компетентності майбутніх лікарів через активізацію їх особистісного потенціалу. Сформульовано загальні висновки, накреслено шляхи практичного впровадження одержаних результатів і перспективи подальшого дослідження проблеми.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечена методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних позицій, використанням взаємодоповнюючих методів, що відповідають меті та

завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих емпіричних даних, використанням методів математичної статистики.

Наукова новизна та теоретичне значення результатів дослідження полягає у тому, що в ньому:

- *вперше*: на засадах принципів особистісного підходу визначено гендерні особливості процесу формування професійної компетентності у майбутніх лікарів в умовах навчально-професійної діяльності у ВМНЗ;
- *уточнено*: зміст поняття «професійна компетентність майбутнього лікаря»;
- *визначено*: основні компоненти професійної компетентності майбутнього лікаря: ціннісно-мотиваційний, когнітивний, операційно-діяльнісний, комунікативний, поведінковий, рефлексивно-творчий; а також види професійної компетентності майбутнього лікаря, які в своєму поєднанні забезпечують гармонійний розвиток його професійної компетентності: спеціальна компетентність, соціально-психологічна компетентність, особистісно-творча компетентність, комунікативна компетентність, саморегуляційна компетентність, морально-етична компетентність, правова компетентність;
- *обґрунтовано*: чинники розвитку професійної компетентності майбутнього лікаря: професійні уміння, навички, досвід, професійно-значущі особистісні якості, рівень професійної спрямованості, мотивація вибору та оволодіння професією, організація навчально-виховної діяльності;
- *з'ясовано*: індивідуально-психологічні та гендерні детермінанти розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів чоловічої і жіночої статі;
- *розроблено*: психолого-педагогічну модель формування професійної компетентності майбутнього лікаря, в якій в якості новітніх цілеспрямованих навчально-виховних впливів виступають активні методи особистісно-орієнтованого навчання в контексті гендерної проблематики ;
- *розроблено та апробовано*: авторський спецкурс «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря» та гендерно-орієнтовану тренінгову

програму психолого-педагогічного спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів»;

- експериментально встановлено, що процес формування професійної компетентності майбутніх лікарів підлягає формуванню, розвитку та корекції під час спеціально організованого особистісно-орієнтованого навчання у ВМНЗ.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у тому, що вони можуть бути використані з метою підвищення ефективності професійної підготовки медичних фахівців ВМНЗ, зокрема, при організації і проведенні профорієнтаційної роботи, при відкритті нових медичних спеціальностей; при викладанні навчальних дисциплін психолого-педагогічного циклу, а також у процесі вдосконалення змісту підручників, навчально-методичних посібників, під час розробки навчальних програм, створення елективних і факультативних курсів для студентів, інтернів, клінічних ординаторів та слухачів системи підвищення кваліфікації педагогічних та науково-педагогічних працівників ВМНЗ, а також у практичній роботі соціально-психологічної та медико-психологічної служби ВМНЗ.

Впровадження результатів дисертаційного дослідження здійснювалось за кількома напрямками: при розробці програм і тематичних планів навчальних курсів, при розробці та проведенні гендерно-орієнтованих програм тренінгу та авторського навчального спецкурсу з психології професійного спрямування, при читанні лекцій та проведенні практичних і семінарських занять у ВМНЗ.

Результати теоретичного та емпіричного дослідження **впроваджено** автором у процесі підготовки майбутніх лікарів у вигляді навчальної програми спецкурсу з психології «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», який увійшов у якості складової частини у зміст лекційних та практичних занять до навчальної дисципліни «Психологія спілкування», яка входить до навчальних планів спеціальностей: 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010005 «Стоматологія», а також навчальних дисциплін «Соціальна психологія», «Експериментальна психологія та психодіагностика», «Основи психотренінгу», які входять до навчального плану

спеціальності 7.12010004 «Медична психологія» для студентів ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (довідка про впровадження № 03-106 від 04.12.2014р.), гендерно-орієнтованих тренінгових занять психолого-педагогічного спрямування «Формування та розвиток професійної успішності майбутніх лікарів» для лікарів-інтернів (довідка про впровадження 03-107 від 04.12.2014р.), для учнів 11 класу слухачів КОПНЗ «Буковинська мала академія наук учнівської молоді» (довідка про впровадження №148 від 22.05.2014р.), для учнів 11 класу Чернівецького міського ліцею №3 медичного профілю (довідка про впровадження 05-02/591 від 13.11.2014р.), для учнів 11 класу Чернівецької загальноосвітньої школи №5 (довідка про впровадження №01-23/614 від 05.12.2014р.).

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження були представлені та обговорювались на Першому Всеукраїнському конгресі психологів (IV з'їзді Товариства психологів України) (Київ, 2005 р.); Всеукраїнській науково-методичній конференції «Підготовка лікарів-психологів: сучасний стан, перспективи, тенденції» (Чернівці, 2005 р.); 41-й навчально-методичній конференції викладачів Буковинського державного медичного університету «Методичні, педагогічні, психологічні проблеми додипломної та післядипломної підготовки фахівців в контексті інтеграції вищої освіти в Європейський освітній простір» (Чернівці, 2005 р.); VI науково-практичній конференції «Соціально-психологічні проблеми трансформації сучасного суспільства» (Луганськ, 2006 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін» (Чернівці, 2007 р.); Всеукраїнському конкурсі науково-дослідницьких робіт з гендерної проблематики (Київ, 2007 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Психолого-педагогічні аспекти формування і розвитку майбутнього фахівця» (Миколаїв, 2008 р.); Всеукраїнській підсумковій науково-практичній конференції з гендерної проблематики (Вінниця, 2008 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Соціалізація

особистості та суспільні трансформації: механізми взаємовпливу та вияви» (Чернівці, 2009 р.); II Міжнародній науково-практичній конференції «Достижения высшей школы – 2009» (Дніпропетровськ, 2009 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Трансформації сім'ї у сучасному світі» (Чернівці, 2010 р.); II Всеукраїнському психологічному конгресі, присвяченому 110-й річниці від дня народження Г.С.Костюка (Київ, 2010 р.); VII Міжнародній науково-практичній конференції «Найновите постижения на европейската наука – 2011» (Софія, 2011 р.); VII Міжнародній науково-практичній конференції «Aktualne problem nowoczesnych nauk – 2011» (Przemysl, 2011р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Розвиток особистості та професіоналізму фахівця в системі неперервної освіти в контексті викликів XXI ст.» (Чернівці, 2011 р.); Навчально-методичній конференції «Актуальні питання підготовки медичних та фармацевтичних фахівців у контексті європейської освітньої інтеграції» (Чернівці, 2011 р.); Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Духовно-культурний чинник у зміцненні сім'ї та інтеграції суспільства» (Чернівці, 2011 р.); III Всеукраїнському психологічному конгресі з міжнародною участю «Особистість у сучасному світі» (Київ, 2014 р.); XI Міжнародній науковій інтернет-конференції «Соціум. Наука. Культура» (Київ, 2015р.), на XII науково-практичній конференції (з міжнародною участю) «Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства» (Севєродонецьк, 2015 р.), а також на засіданнях лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (2005–2014 рр.) та кафедри психології та соціології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці (2005–2014 рр.).

Перспективи подальшого дослідження. Отримані дані не вичерпують усіх аспектів досліджуваної проблеми. Дослідження може бути продовжене в напрямку пошуку, розробки та вдосконалення спеціальних методів підвищення ефективності процесу формування й розвитку професійної компетентності в організації навчання і перепідготовки медичних фахівців, в системі

післядипломної медичної освіти, а також в системі підвищення кваліфікації педагогічних та науково-педагогічних працівників ВМНЗ.

Публікації з теми дисертації. Основний зміст та результати дисертаційного дослідження представлено у 23 наукових публікаціях (з них 15 одноосібних). З яких 7 публікацій надруковані у наукових фахових виданнях, що включені до переліку, затвердженого МОН України (в т.ч. 1 – у співавторстві), 1 стаття у збірнику зареєстрованому у міжнародній наукометричній базі, 1 стаття у зарубіжному періодичному виданні, 15 публікацій – в інших виданнях та матеріалах наукових конференцій.

Структура й обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 200 найменувань, з яких 15 іноземною мовою та 9 додатків на 89 сторінках. Повний обсяг дисертації – 300 сторінок, основний текст викладений на 186 сторінках. Робота містить 38 таблиць на 10 сторінках та 18 рисунків на 7 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

1.1 Професійна компетентність як інтегральна характеристика професійного становлення та розвитку особистості майбутнього фахівця

Постійний прогрес медицини суттєво збільшує та розширює її можливості, висуваючи нові вимоги до особистості лікаря, його професійної діяльності. Зростання рівня вимог з боку суспільства до результатів діяльності медичних працівників обумовлює необхідність якісного вдосконалення форм і методів професійної підготовки лікарів, що дозволить формувати та розвивати особистість студента, а також значною мірою забезпечить конкурентоспроможність випускників вищих медичних навчальних закладів на ринку праці.

Результатом діяльності професійної медичної освіти повинна стати підготовка спеціаліста, який володіє не лише системою знань, вмінь та навичок в межах своєї професії, але й здатністю адаптуватись у соціумі, особистісно та професійно самореалізуватись. Для успішного впровадження в практику різноманітних інновацій, для реалізації в нових умовах, поставлених перед лікарем завдань, майбутній фахівець з медицини повинен володіти необхідним рівнем професійної компетентності.

Професійна компетентність (ПК) майбутнього спеціаліста є визначальним поняттям, на якому ґрунтується Закон України «Про вищу освіту» [59] при визначенні вимог до випускника та якості вищої освіти України, і таким чином орієнтує освіту на здобуття випускниками ПК, що визначає компетентністний підхід в освіті України як обов'язковий на державному рівні.

Низка міжнародних та українських освітніх програм та наукових розробок в психології та педагогіці присвячені вивченню професійної компетентності. За останній час в Україні проблемі дослідження професійної компетентності присвячена достатня кількість дисертаційних досліджень. Втім жодне наукове дослідження в психології не присвячене вивченню особливостей становлення та формування професійної компетентності майбутнього лікаря.

Загальнотеоретичні аспекти професійної компетентності, особливості її розвитку та формування в процесі життєдіяльності особистості висвітлюються в фундаментальних дослідженнях вітчизняних та зарубіжних вчених: К.Альбуханової-Славської, О. Антонової, Л. Анциферової, Т. Базарова, Г.Балла, В.Беспалька, О.Борисової, А. Деркача, С. Дружилова, О. Дубасенюка, Є. Ільїна, І. Зимньої, Є. Зеєра, І. Зязюна, Л. Карамушки, Є. Клімова, Н.Кузьміної, Д. Леонтєва, С. Максименка, А. Маркової, Л. Мітіної, В.Монахова, В.Наперова, Н. Ничкало, О. Овчарук, Л. Орбан-Лембрик, Ю.Поваренкова, Дж.Равена, С. Уїдеїта, С. Холліфорда, Н. Чепелевої та ін.

Поняття «професійна компетентність» є предметом спеціального, всебічного вивчення у наукових працях багатьох дослідників у галузі психології, педагогіки, соціології та філософії. Науковці у своїх дослідженнях (Т. Базаров, Г. Балл, В. Болотов, Г. Гарді, А. Деркач, А. Дорофєєв, С.Дружилов, Є. Зеєр, І. Зимня, Є. Клімов, О. Кокун, А. Маркова, Дж. Равен С. Уїдеїт, Н.Холліфорд, Н. Чепелева, Н. Яковлева та ін.) визначають сутність та зміст, виявляють соціальні, педагогічні, психологічні чинники та умови формування і розвитку професійної компетентності. Велика кількість дослідницьких праць (В. Аверин, Г. Александров, О. Антонова, В. Беспалько, В. Болотов, О.Борисова, А. Борисюк, Л. Бурлачук, І. Вітенко, О. Губарєва, О. Дубасенюк, І.Зязюн, Л. Карамушка, Н. Кузьміна, С. Лігер, В. Лозова, С. Максименко, Л.Мітіна, М. Мруга, О. Овчарук, Л. Орбан-Лембрик, К. Платонов, Дж. Равен, М. Сергєєва, Л. Супрун, Л. Тилевич, Н. Чепелева, В. Шадриков та ін.) присвячена розгляду формування окремих видів професійної компетентності у спеціалістів різноманітного профілю (педагогів, психологів, соціальних

робітників, держслужбовців, працівників внутрішніх справ, менеджерів, медичних працівників) й молоді, що навчається. На думку більшості з них професійна компетентність – це інтегративне, багатоаспектне поняття, показник особистісного зростання й професійної майстерності.

У той самий час у науці відсутній однозначний підхід до визначення понять «компетентність» та «професійна компетентність». Сучасні підходи та трактування компетентності є достатньо різноманітними. Як показують дослідження, компетентність належить до категорії багатозначних та міждисциплінарних термінів, наслідком чого є множина формулювань цього поняття, що носять доволі невизначений характер. Основною складністю є те, що більшість дослідників при розгляді методологічних, змістовних та діагностичних аспектів формування компетентності в процесі професійного становлення особистості пропонують різноманітне тлумачення сутності даного поняття вкладаючи в нього широкий спектр порівнянь, підмінюючи близькими за значенням термінами та визначеннями.

Поняття «компетентність» (від лат. *competents* – відповідний, здібний) в тлумачному словнику визначається як «володіння знаннями, що дозволяють міркувати про що-небудь», «обізнаність, ерудованість», «авторитетність, повноправність» [20, с. 978]. «Компетентний» в своїй справі спеціаліст, означає «обізнаний, той який визнаний знавцем в якому-небудь питанні, авторитетний, повноправний, який володіє певним колом повноважень, здібний» [там само].

У вітчизняній науковій психології питання про зміст поняття «компетентність» й досі залишається відкритим. В науковій педагогічній та психологічній літературі зустрічається великий діапазон його визначення, де використовують множину термінів при аналізі даного поняття. Так, компетентність часто ототожнюють з професіоналізмом, професійною майстерністю, кваліфікацією, професійно важливими якостями, компетенцією та ін. Ознаки прояву компетентності найчастіше описуються такими словами, як «ефективність», «адаптивність», «досягнення», «успішність», «розуміння», «результативність», «володіння», «якість» та «кількість». В найбільш

загальному вигляді поняття «компетентність» трактується як володіння знаннями в певній галузі, поінформованість, обізнаність, ерудованість, авторитетність [6], [8], [13], [41], [44], [46], [61], [64], [93], [96], [99], [100], [105], [120], [131], [146], [152], [174], [176], [190].

Теоретичний аналіз проблеми формування професійної компетентності фахівців спрямовує нас до головних понять дослідження: «компетентність» та «компетенція». Розглядаючи співвідношення цих понять варто зазначити, що не зважаючи на доволі активне використання визначених категорій в психолого-педагогічній літературі (Т. Базаров, Г. Балл, Є. Зеєр, І. Зимня, Є.Клімов, О. Кокун, Ю. Кострова, Н. Кузьміна А. Маркова, М. Мруга, Н.Ничкало, Дж. Равен, Г. Селевко, А. Хуторський, О. Царькова, Н. Чепелева та ін.), на теперішній момент відсутнє однозначне трактування цих понять. Найчастіше поняття «компетентність», використовується в науковій літературі як якість особистості, що передбачає володіння певною компетенцією, а поняття «компетенція» – являє собою сукупність знань, вмінь, навичок, способів діяльності, тобто компонентів змісту освіти, необхідних для ефективного виконання діяльності по відношенню до певного кола предметів і процесів [64], [105], [174], [190]. Тобто, в сучасній науковій літературі терміни «компетентність» та «компетенція» визначаються не як синонімічні, а як поняття, які тісно пов'язані одне з одним. Вони є взаємодоповнюючими й взаємообумовленими. В той самий час, компетенції не є даними новоутвореннями, вони знаходяться в постійному розвитку та оновленні. Із розвитком компетентності людини в тій чи іншій сфері діяльності вони удосконалюються й інтегруються з іншими компетенціями, проявляючись в новій якості, що являє собою спіраль діалектичного розвитку. Розвиток компетенцій залежить від умов та вимог суспільства, що змінюються, до певного виду діяльності, а також від розвитку ціннісних установок [99], [100].

А. Хуторський під компетенцією розуміє деяку, наперед задану соціальну вимогу (норму) до освітньої підготовки учня (студента), необхідної для його якісної продуктивної діяльності в певній сфері, а під компетентністю –

сукупність особистісних якостей, що обумовлені досвідом діяльності в певному соціально та особистісно значущому середовищі [174]. Таким чином, компетентність є результатом оволодіння людиною певної компетенцією, що містить сукупність взаємопов'язаних особистісних якостей й готовність їх застосування в певній діяльності.

Психологічна природа компетентності, проблема її формування на різних вікових етапах розвитку людини вперше була описана в 1984 році в праці Дж.Равена «Компетентність в сучасному суспільстві» [146]. Автор створив власну концепцію компетентності на основі визначальної ролі ціннісно-мотиваційної сфери особистості. Дж. Равен вважає що компетентність неможлива без інтересів та відповідних цінностей людини в конкретній галузі, дане поняття він розглядає як багатокomпонентне явище, більшість з компонентів якої є відносно незалежними один від одного. Компоненти компетентності автор розподілив на когнітивні, афективні та вольові. Разом з тим, ціннісно-мотиваційний компонент, є системоутворюючим і визначальним у структурі компетентності.

Представники діяльнісного підходу як серед зарубіжних, так і серед вітчизняних науковців (Т. Базаров, О. Конопкін, В. Косарєв, О. Леонтьєв, Б.Ломов, Н. Кузьміна, М. Лук'янова, Г. Московитц, Л. Оксфорд, Є.Павлютенков Дж. Пітер, Дж. Равен, Р. Скарселла, Е. Тароне, С. Холліфорд, В. Шадриков. Г. Юл та ін.) розглядають компетентність (професійну) як міру інтегрованості людини в діяльність, як готовність особистості до здійснення певного виду діяльності (професійної) у вигляді сукупності необхідних знань, вмінь, навичок та певного досвіду, тобто як характеристику результативної сторони становлення професіоналізму особистості.

Аналізуючи сутність поняття «компетентність» з точки зору особистісного підходу, більшість дослідників (Г. Балл, Т. Браже, В. Бодров, В. Болотов, М.Запрудський, Є. Зеєр, І. Зимня, Є. Клімов, Т. Майборода, С. Максименко, А.Маркова, Л. Мітіна, Г. Никифоров, Ю. Поваренков, О. Стативка, Б.Федоришин, О. Царькова, А. Хуторський, Н. Чепелєва, В. Шадриков та ін.) зазначають, що

компетентність (професійна) є інтегральною складовою структури особистості як суб'єкта соціальних відносин й активної діяльності, тобто визначена характеристика завжди є особистісно забарвленою якостями конкретної людини. Представники особистісного підходу зауважують, що в процесі розвитку професійної компетентності як однієї з детермінант професійної діяльності, відкриваються максимальні можливості найбільш продуктивного задоволення всіх основних потреб особистості: в соціальному визнанні, самоповазі, безпеці, самореалізації тощо.

Досліджуючи особистісний та професійний розвиток людини, А.Маркова, дійшла висновку про їх єдність, де чинником розвитку є внутрішнє середовище особистості, її активність, потреба у самореалізації [120]. Розглядаючи компетентність як основу для розвитку конкурентоспроможності, авторка виокремлює в її структурі діяльнісну (знання, вміння, навички й способи здійснення професійної діяльності) та комунікативну (знання, вміння, навички й способи здійснення професійної діяльності) підструктури. На думку дослідниці, психологічною умовою розвитку компетентності є усвідомлення особистістю необхідності підвищення своєї загальнолюдської й спеціальної культури та ретельної організації спілкування як основи розвитку конкурентоспроможності [там само]. А. Маркова зазначає, що компетентність краще всього визначати, як поєднання психічних якостей, як психічний стан, що дозволяє діяти самостійно та відповідально, як володіння людиною здібністю та вмінням виконувати певні трудові функції. В той самий час діяльність, що спирається на процеси, що її реалізують, неможлива без врахування особистісних характеристик [там само].

На думку, Г. Селевко, загальна компетентність людини характеризується як комплекс когнітивних, діяльнісних (поведінкових) і стосункових (афективних) компонентів [152]. Аналізуючи поняття “компетентність” як психологічну характеристику, автор включає не лише когнітивну (знання) і операціонально-технологічну (діяльнісну) складові, а також мотиваційну (емоціональну), етичну, соціальну і поведінкову складові [там само].

Очевидно, що термін «компетентність» вказує на відповідність реального та необхідного в особистості спеціаліста. Тому розгляд даного поняття в рамках особистісного підходу, на нашу думку, дозволяє побачити складові компетентності майбутнього фахівця, що обумовлені властивостями й якостями його особистості, які є значущими для засвоєння й реалізації компетенцій в певних ситуаціях визначеної діяльності.

Підтримуючи погляди А. Хуторського [172], Є. Зеєра [61] та інших дослідників в рамках особистісного підходу [7], [12], [17], [93], [124], [176], [179] щодо природи компетентності, ми визначаємо дане поняття як інтегральну характеристику особистості, що являє собою цілісну, системну сукупність якостей, необхідних для подальшої успішної реалізації отриманих знань, умінь, навичок в певному виді діяльності, а також здатність особистості ефективно вирішувати проблемні ситуації й задачі, які виникають у всіх інших сферах її життєдіяльності. Її компонентом є професійна компетентність – у відповідності із загальним визначенням, коло процесів й предметів в даному випадку належить професійній сфері [62].

А. Маркова зауважує, що поняття «професіоналізм» та «компетентність» часто використовують як синоніми [120]. Даючи визначення поняттю «професіоналізм», авторка виокремлює різні його види, в залежності від способів розуміння даного поняття. Наприклад, професіоналізм як сукупність особистісних характеристик людини, які є необхідними для успішного виконання праці вона називає «нормативним професіоналізмом». Якщо професіоналізм стає внутрішньою характеристикою особистості, тоді таке розуміння визначає «реальний професіоналізм» конкретної людини. Саме таке тлумачення професіоналізму, на думку авторки, є близьким до поняття «компетентність», яке визначається як «... індивідуальна характеристика ступеня відповідності вимогам професії» [120, с. 18]. Разом з тим, авторка акцентує увагу на тому, що поняття «компетентність» вужче, ніж поняття «професіоналізм». Тобто, людина може бути професіоналом в цілому в своїй галузі, але не бути компетентною у вирішенні всіх професійних питань.

Професіоналізм, на думку Н. Кузьміної, характеризується наявністю у спеціаліста знань, вмінь і навичок, які дозволяють йому здійснювати свою діяльність на рівні сучасних вимог науки та техніки, і є важливим показником якості підготовки спеціаліста у вищому навчальному закладі [106]. Професійну майстерність авторка визначає, як володіння професійними знаннями, вміннями і навичками, які дозволяють спеціалісту успішно досліджувати робочу ситуацію, формулювати професійні задачі відповідно даної ситуації й успішно вирішувати їх [там само]. Отже професійна майстерність формується і безпосередньо залежить від практичної діяльності.

На думку С. Дружилова, професійна компетентність є необхідною складовою професіоналізму людини, що визначає якість підготовки випускника ВНЗ, його знань [44]. І. Проданов професіоналізм педагога, визначає як інтегративну властивість особистості, що містить професійну компетентність, моральність, ініціативу й майстерність [144].

Отож, зі всією очевидністю можна стверджувати, що поняття «професіоналізм» є більш ширшим порівняно із поняттям «професійна компетентність». Професійна компетентність, на думку С. Дружилова, формується на стадії професійного навчання у ВНЗ, яке може розглядатись як процес формування передумов її розвитку [45]. Визначене положення автора є важливим в контексті предмету нашого дослідження, оскільки дозволяє розглядати професійну компетентність майбутнього фахівця не лише як статичне утворення, досягнутий рівень, кінцевий результат його навчання, а як важливий цілісний та динамічний процес розвитку особистості майбутнього професіоналу, набуття й удосконалення необхідних знань, вмінь та навичок, а також професійно важливих особистісних якостей.

Компетентність пов'язують також із кваліфікацією спеціаліста та професійною майстерністю. Але потрібно розрізняти психологічний зміст понять «компетентність» та «кваліфікація», оскільки являючись достатньо близькими, вони описують різні соціальні феномени. Кваліфікація є характеристикою ступеня та рівня професійної підготовки спеціаліста, присвоєння якої вимагає від нього

відповідності набутих в процесі навчання знань й навичок до освітнього стандарту. Кваліфікація – це ступінь й вид професійної підготовки, що дозволяє спеціалісту виконувати роботу на певному робочому місці. Компетентність, в свою чергу, містить більш широке коло якостей й не обов’язково закріплена за відповідним рангом в професійній ієрархії.

Пов’язування професійної компетентності з системою якостей, властивостей, вмінь та новоутворень особистості є характерним для наукових праць (Л. Анциферової, А. Борисюк, Т. Браже, Д. Завалишиної, М.Запрудського, Є. Рибалко Н. Яковлевої та ін.). Так, у моделі А. Борисюк професійна компетентність забезпечується практично через усі групи професійно значущих якостей і її рівень прямо залежить від рівня розвитку цих якостей [16]. Авторка розглядає професійну компетентність майбутнього медичного фахівця (лікаря-психолога) як сукупність його професійно значущих якостей (мотиваційно-ціннісні, когнітивні, емоційно-вольові, морально-регулятивні, комунікативні) [там само].

У тлумаченні природи професійної компетентності звертає увагу її розуміння як особистісної характеристики. Так, Є. Зеєр у своїх наукових працях [61], [62] визначає професійну компетентність як інтегральну складову структури особистості як суб’єкта соціальних відношень і активної діяльності, що містить не лише когнітивну, операційно-технологічну складові, а й мотиваційну, етичну, соціальну та поведінкову, а також результати навчання у вигляді знань, вмінь, системи ціннісних орієнтацій, звичок та ін. [62].

Досліджуючи професійну компетентність психолога-практика Н.Чепелєва розглядає її як специфічне поєднання теоретичних і практичних знань, необхідних для успішного вирішення професійно-психологічних завдань, а також сформованість метакогнітивного досвіду особистості, що дозволяє фахівцю ефективно й творчо застосовувати різноманітні техніки і технології, аналізувати і використовувати в практичній роботі особистісний досвід життєвих переживань та їх пізнання [179].

В свою чергу М. Сергєєва під професійною компетентністю вбачає інтегральне особистісне утворення, яке поєднує в собі ціннісне розуміння соціальної дійсності, категоріальні конкретні професійні знання, які виступають у якості керівництва до дії, суб'єкту здатність до самовизначення й нормоспоглядання, особистісне вміння здійснювати професійні технології в головних сферах діяльності людини [155].

Направду професійна компетентність за своєю природою є особистісним утворенням, що визначає деякий рівень, ступінь, якісний та кількісний показник сформованості професійних знань й навичок та готовність їх ефективно реалізовувати у майбутній професійній діяльності. Отож, професійна компетентність є тим індикатором, який дозволяє визначити рівень готовності майбутнього фахівця до професійної діяльності.

Найбільш повне та ґрунтовне тлумачення даного поняття для спеціалістів, які працюють в галузі соціономічних професій, зокрема лікарів, зустрічаємо у наукових працях Т. Браже [17] та М. Сергєєвої [155]. Досліджуючи феномен професійної компетентності вчителя, Т. Браже зауважує, що професійна компетентність людей, які працюють в системі «людина – людина» (педагоги, лікарі, юристи, працівники соціальної сфери та обслуговуючої праці), визначається не лише базовими знаннями й вміннями, але й ціннісними орієнтаціями спеціаліста, мотивами його діяльності, розумінням себе у світі й світу навколо себе, стилем взаєностосунків з іншими людьми, з якими він працює, його загальною культурою, здатністю до розвитку свого творчого потенціалу. Відсутність хоча би одного компоненту руйнує всю систему й зменшує ефективність діяльності [17]. Відповідно, автор в якості показників професійної компетентності виокремлює: володіння професійними знаннями й вміннями, ціннісні орієнтації в соціумі, культура у мові, стилі спілкування, ставлення до себе, своєї практичної діяльності та її здійснення [там само].

Низка науковців визначають компетентність як складний синтез когнітивного, предметно-практичного і особистісного видів досвіду фахівця. Зокрема, на думку М. Волошиної компетентність містить: когнітивну,

операціонально-технологічну, мотиваційну, етичну, соціальну, поведінкову складові; результати навчання (знання й вміння); систему ціннісних орієнтацій [24]. І. Зимня в структурі компетентності виокремлює такі її компоненти: мотиваційний – як готовність до прояву компетентності; когнітивний – володіння знанням змісту компетентності; поведінковий – досвід прояву компетентності в різноманітних стандартних й нестандартних ситуаціях; ціннісно-змістовний – відношення до змісту компетентності й об’єкту її застосування; емоційно-вольова регуляція процесу й результату прояву компетентності [63].

В енциклопедії Є. Трифонова складові професійної компетентності визначаються як мінімальний і достатній набір конструктів, які відповідають стандартам кваліфікації за даною спеціальністю, і які визначають професійну компетентність спеціаліста [169]. На основі визначених конструктів професійної компетентності формуються головні загальні якості, які необхідні спеціалісту професіоналу. До цих конструктів належать: духовна компетентність (розуміння сенсу життя, цілей життя, ієрархії ідеалів, їх відношень до професійної діяльності в умовах даного виду праці); психічна компетентність (наявність здібностей, знань, вмінь і навичок ефективного самоуправління психікою, її організації в умовах фізичного і соціального середовища діяльності); загальна фізична компетентність (наявність здібностей, знань, вмінь і навичок ефективного самоуправління фізичним станом організму); інтелектуальна компетентність (наявність спеціальних наукових знань, вмінь, навичок відповідно до визначеної спеціальності, спеціалізації, а також потреби до їх постійного оновлення й використанні на практиці); технологічна компетентність (наявність спеціальних вмінь та навичок фізичної діяльності за спеціальністю, робота з технічними засобами діяльності); соціальна компетентність (наявність здібностей, знань, вмінь і навичок ефективної міжособистісної взаємодії, формування та підтримка нормального соціально-психічного клімату в професійному колективі) [168].

В якості однієї із найважливіших складових професійної компетентності А.Маркова називає здатність самостійно здобувати нові знання й вміння, а також використовувати їх у практичній діяльності [120]. В структурі професійної компетентності авторка виокремлює наступні її види: спеціальна (діяльнісна) компетентність – характеризує високий рівень володіння професійною діяльністю та вміння проектувати свій майбутній професійний розвиток; соціальна компетентність – передбачає володіння засобами сумісної професійної діяльності, навичками співпраці та методами професійного спілкування, а також прийняття соціальної відповідальності за наслідки своєї професійної діяльності; особистісна компетентність – характеризує володіння засобами особистісного самовираження та саморозвитку, засобами протидії професійним деформаціям особистості, здатність планувати свою професійну діяльність, самостійно приймати рішення, бачити проблему; індивідуальна компетентність – розвиток індивідуальності в межах професії, володіння засобами саморегуляції, прагнення до професійного зростання, неохочість до професійного старіння та наявність стійкої професійної мотивації. В якості окремого виду професійної компетентності авторка виокремлює екстремальну професійну компетентність – можливість діяти у несподівано ускладнених умовах, при аваріях, порушеннях технологічних процесів [там само]. На думку А. Маркової, люди які володіють цими та подібними психологічним якостями, більше ніж інші адаптовані до стресових ситуацій [там само].

Л. Мітіна в якості важливих компонентів професійної компетентності вказує на знання, вміння, навички, а також способи та засоби їх реалізації в діяльності, спілкуванні, розвитку (саморозвитку) особистості [126]. В свою чергу В. Якунін визначає у якості складових професійної компетентності систему професійних знань, вмінь й навичок, прагнення до творчості, психологічну та соціальну готовність до праці, ідейно-моральну зрілість [185].

А. Деркач в якості складових професійної компетентності визначає професіологічну компетентність (знання про професії, вимоги, які висуваються до суб'єкта праці, професійну підготовку); професійно-правову компетентність

(знання про законодавство праці й нормативних актів); соціально-перцептивну компетентність (знання про типи особистості, соціальну поведінку й відносини, соціальне сприйняття й розуміння між людьми); комунікативну компетентність (знання про зміст різноманітних форм міжособистісного спілкування, методів психологічного впливу, особливостей їх застосування) [40].

Є. Зеєр професійну компетентність визначає як сукупність професійних знань, умінь, а також способи виконання професійної діяльності [61]. Основними компонентами якої є: соціально-правова компетентність – знання і вміння в сфері взаємодії з суспільними інститутами і людьми, а також володіння прийомами професійного спілкування і поведінки; спеціальна компетентність – готовність до самостійного виконання конкретних видів діяльності, вміння вирішувати типові професійні задачі й оцінювати результати своєї праці, здатність самостійно набувати нові знання й вміння за спеціальністю; персональна компетентність – здатність до постійного професійного зростання та підвищення кваліфікації, а також реалізація себе в професійній діяльності; аутокомпетентність – адекватне уявлення про свої соціально-професійні характеристики і володіння технологіями подолання професійних деструкцій [там само, с. 53].

Н. Кузьміна досліджуючи структуру професійної компетентності педагога, сформулювала визначення психологічної компетентності як певної структурованої системи знань про людину як індивіда, індивідуальність, суб'єкта праці й особистість, що задіяна в індивідуальній або груповій діяльності й здійснює професійні та інші взаємодії. Науковиця виокремлює взаємопов'язані підсистеми психологічної компетентності: соціально-перцептивна; соціально-психологічна; аутопсихологічна; комунікативна; психолого-педагогічна [106].

Суттєвий інтерес для нашого дослідження представляє структура професійної компетентності педагога запропонована С. Дружиловим [45]. В якості її складових, автор, пропонує виокремлювати мотиваційно-вольовий, функціональний, комунікативний й рефлексивний компоненти. Мотиваційно-

вольовий компонент передбачає наявність інтересу до професійної діяльності й містить мотиви, цілі, потреби, ціннісні установки, стимулює творчий прояв особистості в професії. Функціональний компонент в структурі професійної компетентності спеціаліста у загальному випадку виявляється у вигляді знань про способи професійної діяльності. Комунікативний компонент професійної компетентності містить вміння зрозуміло й чітко висловлювати свої думки, переконувати, аргументувати, будувати докази, аналізувати, висловлювати судження, передавати раціональну та емоційну інформацію, встановлювати міжособистісні зв'язки, узгоджувати свої дії з діями колег, обирати оптимальний стиль взаємодії в різноманітних ділових ситуаціях, організовувати та підтримувати діалог. Рефлексивний компонент виявляється в умінні свідомо контролювати результати своєї діяльності й рівень власного розвитку, особистісних досягнень; сформованість таких якостей й властивостей, як креативність, ініціативність, націленість на співробітництво, співтворчість, здатність до самоаналізу. Рефлексивний компонент є регулятором особистісних досягнень, пошуку особистісних смислів в спілкуванні з людьми, самокерівництва, а також спонукає до самопізнання, професійного зростання, удосконалення майстерності, смислотворчої діяльності й формування індивідуального стилю діяльності [там само]. І як зазначає С. Дружилов, визначені характеристики професійної компетентності неможна розглядати ізольовано, оскільки вони мають інтегративний, цілісний характер, є продуктом професійної підготовки в цілому. Дослідник підкреслює особливу значущість принципу послідовності, який має пряме відношення до формування професійної компетентності фахівця. Вирваний з контексту окремий компонент не забезпечує необхідного рівня розвитку професійної компетентності спеціаліста [там само]. Тож, можна зробити висновок, що різні специфічні види компетентностей, з яких складається професійна компетентність фахівця соціономічного профілю, визначають успішність виконання майбутньої професійної діяльності та є невід'ємною частиною особистості майбутнього професіоналу.

Таким чином, весь накопичений у сучасній науковій літературі масив визначень, що розкривають сутність поняття «професійна компетентність» мають практичну цінність і відображають відповідну ступінь пізнання феномену компетентності. Не зважаючи на різницю у визначеннях даного поняття, загальним є те, що «професійна компетентність» розглядається у формі професійних вимог до спеціаліста й належить до професійно-особистісних утворень, які впливають на успішність виконання ним своїх професійних ролей.

Проведений аналіз теоретичних джерел дозволив нами визначити власне бачення даної категорії. Професійна компетентність майбутнього фахівця (лікаря) розглядається у нашому дослідженні як складне інтегральне особистісне утворення, яке містить систему науково-професійних знань, практичних умінь й навичок, а також професійно важливих особистісних якостей, необхідних для успішного виконання майбутньої професійної діяльності. Професійна компетентність майбутнього фахівця визначає його націленість на перспективність (прогностичність) в майбутній професійній діяльності, відкритість до динамічного збагачення, впевненість у собі (асертивність) й здатність досягати значущих результатів у майбутній професійній діяльності. Професійна компетентність передбачає усвідомлення майбутніми фахівцями своїх потреб, мотивів, ціннісних орієнтацій відносно професії, уявлень про свої соціальні та гендерні ролі. При цьому важливим є те, що професійна компетентність – це не статистично досягнутий стан, а динамічний процес становлення, що постійно розгортається.

Узагальнюючи теоретичні положення, запропоновані сучасними дослідниками, та беручи за основу наведене визначення професійної компетентності, ми зауважуємо, що професійна компетентність майбутнього фахівця, як складна динамічна структура, містить такі компоненти: ціннісно-мотиваційний (мотиви, потреби, настанови, інтереси, цінності, ідеали тощо); когнітивний (знання про особливості діяльності та її вимоги до особистості фахівця); операційно-діяльнісний (володіння способами, прийомами,

культурою професійної діяльності); поведінковий (конкретні дії, поведінкові прояви чи потенційні поведінкові реакції у сфері професійної (навчально-професійної) діяльності та міжособистісного спілкування); комунікативний (володіння рідною та іноземною мовами, комунікативними та асертивними техніками та культурою спілкування); рефлексивно-творчий (самоконтроль, саморегуляція, самообілізація, самооцінювання).

Наочне представлення компонентів професійної компетентності майбутнього фахівця з медицини представлено на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Структура професійної компетентності майбутнього фахівця

Усі компоненти неподільно існують в єдиній структурі професійної компетентності фахівця, їх розвиненість і ступінь прояву є показником високого рівня професійної підготовленості фахівця, культури поведінки, спілкування та діяльності протягом усього періоду його навчання у ВНЗ.

Оскільки формування особистості майбутнього фахівця відбувається у вищому навчальному закладі, тому формувати професійну компетентність майбутнього фахівця потрібно вже на етапі його професійного навчання. А отже, пріоритетним завданням вищої професійної медичної освіти в Україні є закладання основ формування професійної компетентності майбутнього лікаря, а також основи для його саморозвитку та самовдосконалення як особистості й професіоналу. Визначення системи чинників, принципів та умов формування професійної компетентності майбутнього фахівця з медицини на етапі

професійного навчання у вищій медичній школі висвітлюється у наступних параграфах нашої роботи.

1.2 Психологічні особливості та чинники формування професійної компетентності майбутніх лікарів на етапі професійного навчання у ВМНЗ

Активний розвиток та становлення особистості спеціаліста відбувається на етапі його професійного навчання, ефективність якого визначає рівень розвитку професійної компетентності майбутнього фахівця, а отже продуктивність виконання його професійної діяльності в майбутньому.

Одним із важливих чинників розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів є зміст і характер організації педагогічного процесу у вищому навчальному закладі. Останній має бути спрямований на розвиток їх потреби до постійного самостійного навчання впродовж трудового життя, прагнення до творчого виявлення та професійного зростання.

В процесі професійного навчання відбувається становлення й стабілізація характеру особистості, включення у самостійну виробничу діяльність, початок трудової біографії; людина оволодіває повним комплексом соціальних ролей: громадянських, професійно-трудова тощо. Студентські роки також відрізняються інтенсивними перетворенням мотивації, всієї системи ціннісних орієнтацій, формуванням спеціальних здібностей у зв'язку з професіоналізацією, тому саме цей вік стає центральним періодом становлення характеру та інтелекту. Студентській вік характеризується досягненням найвищих, «пікових» результатів, що базуються на всіх попередніх процесах біологічного, психологічного, соціального розвитку [3].

Різні аспекти проблеми формування професійної компетентності в процесі професійної підготовки майбутніх фахівців висвітлені у вітчизняних та зарубіжних дослідженнях сучасних психологів та педагогів (К.Абульханова-Славська, Б. Ананьєв, Г. Балл, О. Бодальов, Л. Божович, М. Боришевський, А.Деркач, О. Дубасенюк, Є. Зеєр, І. Зимня, І. Зязюн, Л.Карамушка, О. Киричук,

Є. Клімов, Н. Кузьміна, С. Максименко, А. Маркова, Л. Мітіна, В. Москаленко, Л. Орбан-Лембрик, В. Панок, К. Платонов, Дж. Равен, А. Реан, В. Семиченко, В. Татенко, Т. Титаренко, С. Уїдеїт, С. Холліфорд, О. Царькова, Н. Чепелева, Ю. Швалб та ін.). В більшості наукових розробок, присвячених проблемам підготовки спеціалістів, традиційно досліджувались процеси розвитку мотиваційної та операційної складових досягнення професійної успішності (Є. Льюїс, Т. Кліміна, С. Крягжде, В. Шадріков та ін.), відповідно розвиток особистості розглядався з позицій функціонального підходу.

З розвитком гуманістичної спрямованості в освіті, доцільним стає вивчення особистості як цілісного явища. В рамках гуманістичного напрямку особливості формування спеціаліста на всіх етапах його професійного становлення, розглядаються з точки зору особистісно-орієнтованого підходу, в єдності професійного та особистісного розвитку (К. Абульханова-Славська, А. Асмолов, Г. Балл, О. Бондаревська, Е. Еріксон, Є. Зеєр, І. Зимня, С. Максименко, А. Маркова, Л. Мітіна, С. Рубінштейн, О. Царькова, Н. Чепелева та ін.).

Як підкреслює, І. Зимня, особистісно-орієнтований підхід передбачає максимальне врахування різноманітних особливостей (національних, гендерних, індивідуально-психологічних, статусних тощо) тих, що навчаються [63]. Що є важливим з огляду на предмет нашого дослідження. Відповідно у центрі освіти повинна бути особистість майбутнього лікаря, її внутрішні резерви, цінності, інтереси, життєва позиція та мета.

Н. Чепелева зазначає, що розвиток професійної компетентності майбутніх фахівців зумовлює специфічне поєднання теоретичних і практичних знань, необхідних для успішного вирішення професійних завдань, а також сформованість метакогнітивного досвіду особистості, що дозволяє фахівцю ефективно й творчо застосовувати різноманітні техніки і технології, аналізувати і використовувати в практичній роботі особистісний досвід життєвих переживань та їх пізнання [179]. На думку науковиці, ефективне засвоєння професійної діяльності студентом має три рівні: 1) світоглядний, який повинен сформувати професійну свідомість майбутніх спеціалістів,

забезпечити засвоєння норм, стереотипів стійкої системи цінностей, що відповідає професійному етикету діяльності; 2) професійний, спрямований на оволодіння студентами системою знань, технологією майбутньої професійної діяльності; 3) особистісний – формування у студента професійно значущих якостей, здатності до професійної ідентифікації. Ці блоки взаємообумовлені, тому їх категоричне розмежування є недоцільним [там само].

А. Дорофеев розглядає професійну компетентність як показник якості освіти, що містить такі складові: актуальна кваліфікованість (професійні знання, вміння й навички, здатність до продуктивного володіння сучасними інформаційними технологіями, які є необхідними й достатніми для здійснення професійної діяльності); когнітивна готовність (вміння на діяльнісному рівні опановувати нові знання, технології, вміння навчатись й навчати інших); комунікативна підготовленість (володіння рідною та іноземною мовами, комунікативною технікою та технологією ведення переговорів, вміння дискутувати, мотивувати й захищати своє рішення); креативна підготовленість; розуміння тенденцій та основних напрямків розвитку професійної галузі; потреба, прагнення й готовність до професійного удосконалення, корпоративна самоідентифікація та позиціонування; стійкі та такі, що розвиваються професійно значущі якості та ін. [41].

Л. Орбан-Лембрик специфікою професійної компетентності майбутнього спеціаліста називає його спрямованість на майбутнє, здатність до самоорганізації та подальшого самостійного удосконалення свого професіоналізму, розуміння їм перспективи професійно-особистісного зростання і адекватне оцінювання в цьому аспекті своєї особистості [135].

До вікових особливостей студентського віку належать: усвідомлення своєї індивідуальності, становлення самосвідомості та ідентичності [90], [193]. |Гендерна ідентичність як аспект самосвідомості (О.Кікінежді), визначає такі особистісні особливості юнацького віку як характеристики образів-Я, рівень рефлексивності й рівень суб'єктивного контролю [90]. Авторка зауважує: «...юнацький та студентський вік є особливо сензитивним періодом життя

людини, оскільки в цьому віці закладається фундамент майбутнього світогляду, системи цінностей особистості, активно розвивається характер. Формування соціальної, гендерної, професійної ідентичності відбувається тут майже одночасно, ще раз підтверджуючи складність та глобальність проблем, що постають перед юнаком/юнкою» [91, с. 162].

Більшість фахівців в галузі педгогічної та вікової психології [3], [21], [37], [40], [178], [185], [193] вказують, що здатність людини до свідомої регуляції своєї поведінки в цей період розвинена не повною мірою, а основним змістом кризи цього віку є криза ідентичності [193]. В процесі професійної підготовки студентів, зауважать науковці (А. Алексюк, Г. Балл, В. Бодров, О.Бондаревська, А. Вербицький, А. Деркач, Е. Еріксон, Є. Клімов, Г. Костюк, Г. Крайг, С.Максименко, С. Рубінштейн, Н. Чепелєва та ін.), реалізуються наступні цілі: засвоюються наукові знання у формі теоретичних понять і вмінь застосувати їх при розв'язанні професійних завдань, розвиваються такі новоутворення студентського віку, як професійна ідентичність, професійна рефлексія, професійна спрямованість, психологічна готовність до професійної діяльності, показником якої є формування професійної компетентності. Період професійного навчання характеризується повним розвитком та інтеграцією всіх компонентів професійного становлення особистості, в цей період відбувається перехід до цілісної особистісної структури.

Проблема професійного становлення медичних фахівців висвітлюється в теоретичних, науково-методичних і практичних працях, що присвячені особливостям організації навчально-виховного процесу у вищому медичному навчальному закладі. Вона стала об'єктом розробки та практичної організації професійної діяльності працівників освіти та охорони здоров'я в роботах вітчизняних та зарубіжних дослідників В. Аверина, Г. Александрова, А.Баранникова, В. Болотова, А. Борисюк, Л. Бурлачука, І. Вітенка, Г. Гарді, Н.Городнової, О. Ісаєвої, Б. Карвасарського, В. Когана, О. Кокун, І. Косаревої, Р.Коротких, Г. Лернера, С. Лігер, С. Максименка, В. Мілерян, М. Мруги, О.Неловкіної-Берналь, Г. Никифорова, В. Ороховського, К. Платонова,

Р.Решетової, Л. Супрун, В.Ташликова, Л. Тилевич, М. Тимофієвої, С. Тихолаз, Л.Цветкової, О. Чабана, Н. Чепелевої, О. Шатрової, О. Юдіної, Н.Яковлевої та ін.

Процес формування та розвитку особистості студентів медичних ВНЗ безпосередньо пов'язаний з навчанням і вихованням і має свої особливості. Насамперед, професійна підготовка студентів, їх виховання передбачають формування висококультурної особистості лікаря з науковим світоглядом, громадянською позицією, з високими моральними якостями й професійною майстерністю [2], [18], [22], [36].

В процесі навчально-пізнавальної діяльності студентів поступово формується професійна ідентичність майбутнього лікаря та його готовність до майбутньої практичної діяльності, що якісно визначає рівень розвитку його професійної компетентності. Тому дуже важливо, як зауважує С. Тихолаз, щоб організація навчального процесу узгоджувалась з динамікою розвитку професійної ідентичності і поступово за змістом та методами набувала все більшої виразної професійної спрямованості [167].

В якості педагогічних умов розвитку професійної ідентичності майбутніх лікарів, О. Денисова визначає: особистісно-орієнтований зміст освіти; раннє включення в процес професійної (квазіпрофесійної) діяльності та спілкування; використання форм та методів навчання, заснованих на високій активності і особистісній включеності студентів в освітній процес; діалогічний підхід у взаємодії викладача і студента, що забезпечує поєднання емоційно-ціннісного і професійно-особистісного досвіду викладача і студента; використання групових методів роботи, що забезпечують повноцінний зворотній зв'язок [39]. Психологічними умовами розвитку професійної ідентичності майбутніх лікарів в освітньому процесі у ВНЗ, на думку О. Денисової є: суб'єктивна значущість професії, емоційно-позитивне ставлення до професії і до себе в ній; професійно-орієнтоване інформаційно-насичене навколишнє середовище; активна взаємодія з носіями (трансляторами) професійних норм, цінностей і моделей поведінки; суб'єктна позиція особистості по відношенню до соціальної реальності [39].

М. Мруга обґрунтовуючи структурно-функціональну модель професійної компетентності майбутнього лікаря визначає дане поняття як здатність фахівця від моменту початку своєї професійної діяльності успішно (на рівні певного стандарту) відповідати суспільним вимогам медичної професії шляхом ефективного і належного виконання задач лікарської діяльності та демонструвати належні особистісні якості, мобілізуючи для цього релевантні знання, вміння, навички, емоції, спираючись на свою внутрішню мотивацію, ставлення, моральні й етичні цінності та досвіді усвідомлюючи обмеження своїх знань і вмінь та акумулюючи інші ресурси для їхньої компенсації [132].

Рівень розвитку професійних якостей медичного працівника, на думку Л.Супрун складає основу його психологічної готовності до майбутньої практичної діяльності та визначає особливості процесу становлення його професіоналізму [163]. До симптомокомплексу професійно важливих якостей, належать: особистісні (легкість у спілкуванні, терпимість, доброзичливість, відвертість, відповідальність, самостійність, активність тощо), суб'єктні (здатність до співчуття, прояву підтримки, самоконтролю поведінки тощо), індивідні (емоційна стійкість, стабільність, урівноваженість нервово-психічних процесів, контроль емоцій тощо) [там само].

Як зауважує О. Семакова в своєму соціологічному дослідженні статусу медичних працівників: «Репутація поважного лікаря складається із професіоналізму, ставлення до хворого, компетентності, ... володіння теоретичним знаннями і практичним навичками, підвищення професійного рівня і майстерності» [154, с.177]. Авторка зазначає, що професія лікаря передбачає інтелектуальний потенціал, постійне підвищення кваліфікації, наявність таких лікарських якостей, як доброта, гуманність, чуйність, співчуття, витримка, терпимість, емоційна адекватність [154].

І. Вітенко вивчаючи думку пацієнтів щодо найбільш важливих професійних якостей лікаря, які забезпечують успішність його діяльності визначає: професійні навички, професійний рівень, пунктуальність, охайність, уважність, здатність до співчуття. Негативними особистісними рисами лікаря пацієнти

вважали неухажність, грубість, зарозумілість, неохайність [22].

Відповідно особливості розвитку необхідних професійно важливих особистісних якостей майбутнього лікаря, в свою чергу, визначають характер його взаємостосунків з іншими людьми (колегами, пацієнтами та їх родичами), ставлення до себе, свого власного образу «Я», стресостійкість його особистості до можливих труднощів у професійній діяльності, а також характеризує його комунікативну компетентність. Сукупність цих чинників визначають ефективність лікувального процесу в цілому.

Проведене І. Вітенко дослідження практичної діяльності медичних працівників, показало, що недоліки в роботі медичного персоналу викликані: а) відсутністю знань із психологічних дисциплін (85,9%); б) негативним ставленням до професійної діяльності або відсутністю інтересу до неї (56,3%); в) проявом негативних характерологічних якостей особистості лікаря (65,4%); г) пасивністю, пов'язаною з відсутністю внутрішньої позитивної мотивації діяльності (44,7%); д) недостатнім розумінням сутності впливу психічних станів на виникнення та розвиток соматичних захворювань (51,5%) [22].

Аналогічні висновки наводять В. Волков, А. Стреліс, Є. Кароваєва [23]. Дослідники умовно визначили три типи лікарів і запропонували опитуваним студентам висловити своє ставлення до кожного з них, тобто вказати, до якого лікаря вони звернулися, якби виникла необхідність у лікуванні. Результати опитування свідчать, що 13% опитуваних мають бажання звертатись до “блискучого знавця своєї справи”, хоч він має помірні вміння й характеризується деонтологічно негативно (байдужий); 20% студентів скористаються послугами лікаря з високим рівнем вмінь, посередніми знаннями, деякими дефектами в деонтологічній сфері (“сухий”); 64% опитуваних згодні мати справу з душевним, милосердним, добрим навіть при середньому рівневі знань та вмінь лікаря [23, с. 98]. Ці дані є яскравим підтвердженням тому, що розвиток особистісних та комунікативних навичок лікарів є достатньо ваговими показниками формування їх професійної компетентності. Відповідно, комунікативна компетентність є елементом

професійної компетентності майбутнього лікаря, оскільки вона є одночасно і умовою, і засобом реалізації професійних завдань.

Ці висновки підтверджуються іншими науково-прикладними дослідженнями в психології та педагогіці [18], [54], [129], [135], [137], [177], в яких визначено актуальність розвитку комунікативної компетентності як необхідної складової професійної компетентності фахівців соціономічного профілю.

Дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів (В. Аверин, Є. Бобер, А.Борисюк, А. Васюк, І. Вітенко, І. Грошев, В. Дуброва, М.Жукова, С. Лігер, С.Максименко, В. Москаленко, М. Мруга, О. Неловкіна-Берналь, Л.Супрун, В.Ташликов, М. Тимофієва, Л. Цветкова, О. Юдіна та ін.) доводять, що низький рівень комунікативної досвідченості лікарів є головним чинником, що викликає незадоволеність з боку пацієнтів та його родичів процесом лікування, призводить до нещасних випадків та подальшого судового розгляду.

Л. Орбан-Лембрик зауважує, що комунікативні властивості особистості є її потенційними можливостями, які зумовлюють ефективність спілкування, вимірюють ступінь участі в соціально-психологічному відображенні соціальної реальності, глибину й повноту входження у процес взаємодії, повноцінність контакту. Вони характеризують особистість крізь призму її можливостей як конкретного і реального учасника спільної з іншими людьми діяльності, визначають ефективність цієї діяльності [135]. Комунікативні якості та здібності, що в сукупності складають комунікативну компетентність, є надзвичайно важливим чинником майбутньої професійної успішності лікаря. При цьому спілкування майбутнього лікаря розглядається не лише як безпосередній процес міжособистісної взаємодії в загальному розумінні, а передбачає оволодіння специфічними технологіями і методами надання допомоги людям, що використовуються представниками інших допомагаючих професій.

Важливим також, з огляду на питання професійної успішності майбутніх лікарів є розвиток їхньої професійної мотивації. Особливості побудови мотиваційної сфери особистості (характер мотивів, зокрема їх спрямованість,

інтенсивність, широта, дієвість та ін.), як зауважує В. Бодров визначають успішність професійної діяльності, ефективність її практичної реалізації, задоволеність працею і прагнення людини до самовдосконалення [12].

Є. Зеєр професійну мотивацію визначає як сукупність факторів і процесів, які відображаючись у свідомості, спонукають і спрямовують особистість до вивчення майбутньої професійної діяльності [62]. Професійна мотивація при цьому виступає внутрішнім чинником розвитку професіоналізму і особистості, оскільки лише на основі її високого рівня розвитку можливе ефективне формування професійної освіченості й культури особистості майбутнього фахівця [там само].

А. Василькова серед мотивів вибору медичної професії виокремлює наступні: бажання лікувати людей; бажання полегшити страждання важкохворих людей, людей похилого віку та дітей; можливість піклуватись про здоров'я своїх близьких; престиж професії та сімейні традиції; бажання вирішувати наукові медичні проблеми; можливість піклуватись про своє здоров'я; можливість впливати на інших людей; доступність медикаментів; матеріальна зацікавленість [цит. за 16].

Відповідно, між системою мотивацій, професіональних цінностей та медичною діяльністю існує чіткий взаємозв'язок, який прослідковується при формуванні мотиваційної сфери та ціннісних орієнтацій майбутнього лікаря [2], [6], [22], [48], [123], [184]. Система цінностей спеціаліста-медика надає певної спрямованості його діяльності, визначає потреби та інтереси, виступаючи при цьому одним з найважливіших мотиваторів медичної діяльності [167]. Це виявляється у його автономності, незалежності та готовності до активної терапевтичної взаємодії на різних рівнях [там само].

У сфері професійної мотивації важливу роль відіграє позитивне ставлення студентів до майбутньої професії, оскільки цей мотив пов'язаний із кінцевими цілями навчання [123]. Показником особистісного ставлення студента до навчання та майбутньої професійної діяльності [2], [16], [18], [22], [47], [115], [132], [167], [184] є розвиток його професійної спрямованості. Вона є тим

фактором, що впливає на наполегливість і успішність оволодіння професією, на пізнавальну активність студентів під час навчання, на активність після навчання і влаштування на роботу [47].

С. Тихолаз зазначає, що саме високий рівень професійної спрямованості, ціннісне ставлення до професії спонукає майбутніх лікарів до постійного самовдосконалення, стимулює їхній професійний розвиток як поступальне досягнення нових вершин, що забезпечує особистісну самореалізацію [167]. На думку, авторки професійна спрямованість інтегрує професійно релевантні складові мотиваційно-ціннісної сфери (потреби, мотиви, інтереси, ціннісні орієнтації) і виявляється у вибіркового ставленні особистості до світу професій загалом і до конкретної обраної професії. Професійна спрямованість є тією невід'ємною складовою професійної готовності фахівця, яка визначає мотивацію оволодіння професійною діяльністю, індивідуальний стиль та ефективність її виконання. Вона виступає важливим мотиваційним чинником, що спонукає особистість до систематичного аналізу процесу та результатів власної діяльності, самооцінки професійно важливих якостей і постійного професійного самовдосконалення, підвищення рівня фахової майстерності. Якщо професійна спрямованість стає властивістю особистості, вона впливає на рівень мотивації, підвищує ефективність її діяльності [там само].

Особистісне ставлення до навчання та майбутньої професії тісно пов'язане із самооцінкою, впевненістю у собі та рівнем домагань [11], [16]. Відповідно, професійна спрямованість є сукупністю мотиваційних утворень (інтересів, потреб, прагнень, переконань тощо) особистості, які пов'язані із професійною діяльністю і впливають на вибір професії, бажання працювати в ній і, як результат, на задоволеність професійною діяльністю.

Здійснений огляд теоретичних джерел, дозволяє стверджувати, що в процесі професійного навчання у вищому навчальному закладі закладаються основи (передумови) формування професійної компетентності майбутніх лікарів. Ефективність розвитку якої залежить від особливостей організації навчально-виховної діяльності у ВМНЗ, рівня засвоєння предметних знань,

розвитку професійних вмінь, навичок та досвіду студентів, професійно значущих особистісних якостей, сформованості їх мотиваційної сфери та рівня розвитку професійної спрямованості.

В якості основних шляхів удосконалення професійної підготовки майбутніх фахівців з метою створення сприятливих умов для становлення їх професійної компетентності є гуманізація освіти та використання особистісно-орієнтованого підходу в освітньому процесі ВНЗ.

Врахування особистісного потенціалу студентів відповідно до вимог професії, розвиток професійно важливих якостей, формування професійної ідентичності, саморефлексії у процесі професійного навчання сприятимуть підвищенню ефективності підготовки майбутнього фахівця з медицини, а отже його професійної компетентності.

1.3 Гендерні особливості професійного становлення особистості майбутнього лікаря

Зважаючи на нову соціальну ситуацію в нашій країні, яка пов'язана із зміною соціальних стереотипів, особливої актуальності набуває проблема вивчення особливостей професійного становлення особистості із урахуванням соціально-культурного розуміння гендеру. В основі даної позиції лежить розуміння гендеру як однієї з базових характеристик особистості, яка детермінує розвиток інших характеристик, зокрема професійне становлення особистості, розвиток її самосвідомості, а також особливості процесу формування професійної компетентності.

Як зазначається в Законі України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» [58], особливої актуальності набуває питання визначення чинників формування гендерної культури у молоді, необхідність розроблення новітніх технологій навчання та виховання, релевантних практиці рівних прав і рівних можливостей. Оскільки гармонійний розвиток особистості

може бути досягнутий на основі руйнації стереотипів, побудови взаємин статей на принципах егалітарності [90].

Інтерес до гендерної проблематики постійно зростає, що виявляється в неабиякому інтересі до неї доволі широкого кола дослідників (філософів, соціологів, педагогів, психологів, державних службовців та ін.). Це пояснюється високим ступенем актуальності теми та існуванням в суспільстві ще достатньо сильного, стійкого традиційного погляду як на жінку, так і на чоловіка. Не дивлячись на те, що рівні права і можливості набуття професій декларуються для обох статей, історично визначені уявлення про суто «чоловічі» та «жіночі» професії часто впливають на вибір виду діяльності.

Більшість досліджень, представлених в психолого-педагогічній літературі [9], [10], [39], [43], [88], [91], [92], [97], [102], [104], [141], [148], [161], [171], [175], [192], [194], [195] підтверджують значну ступінь впливу гендеру на формування професійного самовизначення, професійного становлення, розвитку та спрямованості особистості.

Розгляд питання гендерних особливостей професійного становлення особистості в нашому дослідженні ґрунтується на основних фундаментальних теоретичних положеннях і практичних дослідженнях зарубіжних та вітчизняних вчених (В. Агеев, Ю. Альошина, С. Бем, Т. Бендас, Ш. Берн, С.Бовуар, І. Броверман, О. Вейнінгер, А. Волович, В. Геодакян, Т.Говорун, М.Горнер, К. Горні, П. Горностай, К. Джеклін, М. Джонсон, Т. Зайчикова, А.Іглі, Є. Ільїн, Д. Ісаєв, В. Каган, О. Кікінежді, М. Кіммель, І. Клєцина, І.Кон, А. Лібін, Е.Маккобі, М.Мід, М. Пірен, Дж. Стоккард, А. Шерріффс, З. Фройд та ін.). Гендерні особливості у сфері медичної професії розглядаються у наукових працях Н. Городнової, І. Грошева, Н. Ейнсворт-Вон, Б. Красовського, О.Хоробрих та ін.

У нашому дослідженні гендерний підхід містить положення про те, що відмінності у поведінці й сприйнятті чоловіків та жінок пояснюються не стільки їх фізіологічними особливостями, скільки вихованням й розповсюдженими в кожній культурі уявленнями про сутність чоловічого та жіночого. І як слушно зауважує М. Кіммель [195], говорити про гендерні

відмінності як про такі, які є немінучими (розуміючи під цим біологічний розподіл статі за антропоморфічними показниками та функціями), означає обґрунтовувати гендерну асиметрію, гендерну нерівність. Таке розуміння проблем відмінностей статей передбачає відхід від стереотипів ієрархічності, дискримінації, асиметрії й визначає новий підхід до інтерпретації суспільних та особистісних проблем [90], [92], [101].

Використання гендерного підходу в дослідженні формування професійної компетентності майбутніх лікарів дозволяє проаналізувати зміст нормативних еталонів маскулінності та фемінності та визначити наслідки для їх особистого й професійного розвитку, психологічного здоров'я, та якості взаємостосунків, до яких призводить жорстке слідування цим еталонам.

В гендерній психології [9], [10], [27], [28], [29], [34], [88], [90], [92], [101], [104], [141], [187], [195] гендерні характеристики особистості розглядаються у якості складових її Я-концепції, до яких належать: гендерна ідентичність (усвідомлення і прийняття людиною себе як представника певної статі), гендерна роль (поведінка людини, що обумовлена диференціацією людей у суспільстві залежно від статі), гендерна установка (неусвідомлювана суб'єктивна готовність до виконання гендерної ролі), гендерні стереотипи (стандартизовані стійкі уявлення особистості про типові для осіб певної статі моделі поведінки і риси характеру), показники маскулінності/фемінності (нормативні уявлення про соматичні, психічні і поведінкові властивості, які є характерними для чоловіків/жінок, як такі, що є символічним аспектом уявлень про «справжніх» чоловіків та жінок). Я-концепція особистості розглядається як наративна конфігурація (В. Барр, В. Джеймс, О. Кікінежді, Дж. Келлі, Н.Чепелева та ін.), завдяки якій різні життєві події та епізоди (гендерні ситуації) структуруються в одне ціле. Як зауважує О. Кікінежді: «...теми наративу є об'єктивацією смислових конструктів, які складають, у свою чергу, індивідуальну суб'єктивну реальність» [90, с. 70]. В онтогенезі індивіда формуються різні типи наративів залежно від соціокультурного оточення і

набуття гендерної ідентичності як складової особистісної ідентичності (Н.Чепелева) [178], [179].

Гендерна ідентичність об'єднує основні гендерні характеристики особистості в єдине ціле, спонукаючи людину демонструвати способи поведінки, що відповідають уявленням про себе як про особу певної статі [9], [10], [27], [29], [90], [93]. Традиційно чоловічий образ розглядають як набір рис, пов'язаний із соціальною активністю, компетенцією і раціональними здібностями, активністю й ефективністю, домінантністю, агресивністю, раціоналізмом, логічністю. В свою чергу, традиційно жіночий образ містить соціальні та комунікативні уміння, теплоту й емоційну підтримку, що характеризується такими якостями, як пасивність, емоційність, інтуїтивність, ірраціональність, емпатійність [127]. При цьому, надмірна акцентуація як типово маскулінних, так і типово фемінних рис набуває негативного оцінкового забарвлення: негативними якостями чоловіків є авторитаризм, надмірний раціоналізм тощо, а жінок – формалізм, пасивність, зайва емоційність тощо [195].

Гендерний образ «Я-чоловік» у чоловіків і «Я-жінка» у жінок розуміється як частина самосвідомості особистості, усвідомлення себе як представника певної статі, ставлення до цього процесу, надбання певних форм поведінки, навичок, стереотипів в процесі соціалізації [91]. Образ «Я-чоловік» у чоловіків, «Я-жінка» у жінок є основоположним у формуванні особистості, оскільки починає своє становлення раніше інших складових її самосвідомості, впливаючи на формування складових її «Я-концепції». Тобто, образ «Я-чоловік» або «Я-жінка» може впливати як на становлення особистості загалом, так і на становлення професійного образу «Я» зокрема [там само]. Гендерна ідентичність як підструктура самосвідомості виступає детермінантою особистісного самоставлення і визначає адаптаційні можливості індивіда. Розвиток адаптивного типу гендерної ідентичності забезпечує особистості високий рівень самоприйняття і задоволення життям, досягнення самоцінності і гармонії у взаємодії з оточуючим середовищем [90, с. 224].

У становленні гендерної ідентичності юнаків та дівчат, у процесі самореалізації їх особистості змістовно відображаються гендерні стереотипи маскулінності/фемінності. При чому показники маскулінності-фемінності розглядаються не як полюси одного континууму, а як незалежні, автономні вимірювання [92], [127], [187]. Замість простої дихотомії «маскулінних» та «фемінних» індивідів, на думку С. Бем є чотири гендерних типи (ідентичності) особистості: маскулінний (високі показники за шкалою «маскулінності» та низькі показники за шкалою «фемінності»), фемінний (низькі показники за шкалою «маскулінності» та високі показники за шкалою «фемінності»), андрогінний (високі показники за обома шкалами) й психологічно недиференційований тип (низькі показники за обома шкалами) [187].

Розвиток андрогінності, в свою чергу, забезпечує великі можливості для соціальної адаптації та психологічного здоров'я особистості [166], [187].

В зарубіжних та вітчизняних дослідженнях з гендерної проблематики (Т.Бендас, С. Бем, Ш. Берн, С. Бовуар, В. Геодакян, Т. Говорун, К. Горні, П.Горностаї, Н.Городнова, Н. Жаклін, А.Іглі, Є. Ільїн, О. Кікінежді, І. Клецина І.Кон, та ін.) переконливо доводять про наявність зв'язку між андрогінією та ситуативною гнучкістю, високою самоповагою, мотивацією досягнень, асертивністю. О.Денисова зауважує, що в структурі самореалізації андрогінних студентів є контроль та впевненість у тому, що самореалізація залежить від самої особистості, її здібностей та можливостей [38]. Специфічною рисою андрогінних юнаків є подолання особистісних бар'єрів в самореалізації. Для андрогінних дівчат характерними рисами є оптимістичність, значущість позитивних емоцій в самовираженні, конструктивність як показник успішності самореалізації [там само]. Андрогінні респонденти орієнтуються більшою мірою на індивідуальні та особистісні особливості, а найбільш стереотипізованими є респонденти з чітко вираженою гендерною домінантою – фемінні дівчата та маскулінні юнаки. Серед дівчат найбільш розповсюдженим є стереотип маскулінності/фемінності, який визначає зв'язок між психологічними якостями та властивостями особистості, менш за все вони

підтримують стереотипи, пов'язані з відмінностями у поділі праці. Серед юнаків, навпаки, ця група стереотипів підтримується поряд із стереотипами відносно закріплення професійних та сімейних ролей, згідно яких жінку оцінюють за її здатність бути берегинею сім'ї та дітей, а чоловіка – за професійними успіхами [38].

Слідування традиційним моделям поведінки типових чоловіків та типових жінок [9], [10], [27], [29], [30], [38], [88], [90], [92], [102], [104], [141], [187], [195], призводять до негативних наслідків на їх фізичне та психічне здоров'я, процес їх особистісної та професійної самореалізації.

Наслідки традиційної системи гендерних ролей, на думку О. Вороніної та Т.Клименкової, можна прослідкувати на трьох рівнях: індивідуальному, міжособистісному та соціальному [25]. На індивідуальному рівні жорстке слідування гендерним ролям впливає на рівень фізичного, психічного та психологічного здоров'я людини. Суспільство вимагає від чоловіків бути агресивними та цілеспрямованими у прагненні досягати намічених цілей, що значно скорочує їх тривалість життя у порівнянні з жінками, призводять до більшої злочинності, вбивств та суїцидів серед чоловіків [там само]. Традиційні жіночі ролі, такі як пасивність та жертвовність, призводять до більшої серед жінок, у порівнянні з чоловіками, кількості проявів депресії, тривожності, розладів харчування [195].

Гендерні стереотипи, які формуються в процесі соціалізації особистості, виступають бар'єром у розвитку індивідуальності студентів. А самореалізація, як вважає К. Абульханова-Славська неможлива, якщо діяльність виконується на основі почуття боргу [1]. В такому разі не враховуються особисті інтереси, втрачається почуття «Я», формується покірність та залежність. Відповідно особистість не відчуває себе вільною та реалізованою. На рівні міжособистісних стосунків у чоловіків в порівнянні з жінками виявляються менш близькі зв'язки та контакти з друзями, батьками та дітьми – діє традиційне табу на чоловічу емоційність. На рівні суспільства традиційна система гендерних ролей заважає активній участі жінок, на відміну від чоловіків в політичному та економічному житті країни [27].

Процес особистісного зростання, як слушно зауважують Т. Говорун та О.Кікінежді: «... вимагає постійної готовності ризикувати, відмовлятися від звичних стереотипів, що часто суперечить традиційним установкам жінки – бути ..., доброю виконавицею, консервативною та обачною щодо нових ідей, планів. Самоактуалізації чоловіків часто заважають фальшиві уявлення щодо істинної маскулінності, яка, мовляв, не сумісна з добротою, чуйністю, ніжністю тощо» [29, с. 172].

Досягнення високого рівня професіоналізму, компетентність, що оцінюються в суспільстві через призму гендерної приналежності, за даними досліджень Р. Хаген та А. Кан, виявляють, що висококомпетентні жінки не отримують соціального схвалення ні від жінок, ні від чоловіків [цит. за 88]. Для компетентних чоловіків успіхи компетентних жінок могли б привести до зниження чоловічої самооцінки і неминучому ламанню традиційного для сучасної культури гендерного стереотипу про те, що справжній чоловік повинен перевершувати жінку за діловими якостями. Здібна жінка вважається менш бажаним співпрацівником, ніж чоловік з такими самими здібностями. Компетентна жінка вважається менш «фемінною» і більш «маскулінною», ніж менш компетентна жінка. Це пояснюється тим, що висока професійна компетентність жінки суперечить існуючим в суспільстві гендерним стереотипам [88]. Разом з тим, дані, отримані Л. Почебут, В. Чикер свідчать, що спрямованість на професійну компетентність більш виражена у жінок ніж у чоловіків [цит. за 9].

Є. Ільїн зауважує, що здійснюючи однакову професійну діяльність, чоловік і жінка мають на неї різні погляди і по різному її здійснюють [88]. Так, І.Грошев, вивчаючи «лікарські якості», встановив, що оціночний показник цих якостей у жінок-лікарів вищий ніж у їх колег-чоловіків та значущість цих якостей у тих й інших різноманітна. На думку жінок, як доводить автор, для професії лікаря більш значущою є емпатійність, а на думку чоловіків – відповідальність, почуття боргу, стриманість [34, с. 183].

Гендерні відмінності у міжособистісній взаємодії лікаря та пацієнта, за даними Н. Ейнсворт-Вон виявляються у тому, що жінки-лікарі в США більш демократично, в порівнянні з лікарями-чоловіками, поводять себе з пацієнтами, наприклад, частіше дозволяють перебивати себе [186]. Пацієнти більш позитивно оцінюють ставлення до них жінок-лікарів, ніж чоловіків-лікарів. Стосунки між лікарями-жінками та медсестрами також є більш демократичними. Авторка зауважує, що кількість жінок-лікарів неспинно зростає, але серед керівних посад жінок-лікарів значно менше ніж чоловіків-лікарів [там само]. Це пояснюється тим, що на професійному шляху жінок до традиційно «чоловічих», високих за статусом та високооплачуваних професій ще досі існує велика кількість психологічних перепон, таких, як явища «страху успіху», «страху відокремлення», ефекту «скляної стелі» тощо [27], [29], [38].

Т. Бендас наводить ознаки несприятливих гендерних стосунків в діловому світі: перешкоджання кар'єрному зростанню за гендерною ознакою; відсутність співчуття до жінок з боку інших жінок, які досягли успіху; прагнення жінок довести свою компетентність і корисність у роботі як захисна стратегія на загрозу можливого звільнення; розповсюдження у всьому світі упереджень проти жінок-лідерів та існування бар'єрів на шляху до успіху; незадоволеність жінок, їх сприйняття себе як низькостатусних членів суспільства у порівнянні з чоловіками; більші можливості для чоловіків знайти добре оплачувану роботу; більш відповідальними за статеву сегрегацію в діловому світі чоловіки – вони не хочуть пускати туди жінок, а жінки зацікавлені у тому, щоб знайти спільну мову з чоловіками – колегами по роботі; нав'язування жінкам маскулінного ділового стилю (оцінка їх ефективності за чоловічими критеріями) [9].

Примусове підлаштування особи під стереотип нормативної поведінки відбувається не тільки у жінок, а й у чоловіків. Як зазначала американський етнограф М. Мід, чоловіки стають безстатевими істотами через провал справи, жінки – через успіх [186]. Феномен «страху успіху» в психології аналізується у контексті досягнення асертивності, активізації мотивації досягнення успіху,

оскільки, вихованій на традиційних цінностях жінці важко уявити, що вона може посісти високе місце в суспільному житті [29].

Сьогодні відбуваються певні зміни у рольовій поведінці чоловіків та жінок, що пов'язані із деякою зміною нормативних еталонів маскулінності/фемінності, які стають менш жорсткими та однозначними. Все більша кількість сучасних чоловіків та жінок демонструють нові типи й моделі взаємостосунків один з одним, згідно яких принцип домінування й верховенства у міжособистісній взаємодії змінюється орієнтаціями на партнерство й паритет [27]. На думку І. Кона: «...ломка традиційного гендерного порядку є закономірною й незворотною. Її причиною є не фемінізм, а нові технології, які роблять природні статеві відмінності менш значущими, ніж раніше» [101, с. 38].

Загальна тенденція збільшення цінності особистості виявляється в активізації процесу індивідуалізації, який спричинює зростання автономії індивідуальної поведінки відносно усталених норм чоловічої та жіночої поведінки. Нові моделі в сфері гендерних стосунків орієнтують сучасних чоловіків та жінок на збереження та розвиток своєї особистісної індивідуальності й самореалізацію в значущих соціальних ролях, в тому числі й в професійній сфері.

Необхідною умовою професійного зростання особистості є розвиток її асертивності, яка виявляється в умінні відстоювати свої права, у здатності до наполегливості у досягненні мети, повазі до себе та до інших людей [91]. У зв'язку із цим вважаємо, що проблема розвитку асертивних властивостей особистості майбутніх лікарів набуває особливої гостроти як ефективний спосіб у подоланні існуючих перепон на шляху до професійної самореалізації юнаків та дівчат, які навчаються у медичному університеті.

Т. Говорун та О. Кікінежді зауважують, що «асертивність як особистісна якість і соціальна поведінка виявляється в умінні відстоювати свої права, домагатись бажаного ставлення до себе, не поступаючись власними принципами і не порушуючи прав інших. Вироблення асертивності у процесі тренінгових вправ передбачає уміння позбуватися «катастрофічних думок»

шляхом їх моніторингу та пошуку альтернативних, моделювання наполегливості шляхом уподібнення взірцю в уяві й на практиці» [29, с. 176].

На основі здійсненого аналізу літератури з гендерної проблематики визначено, що досягнення високого рівня професіоналізму, компетентність оцінюються в суспільстві через призму гендерної приналежності. До основних гендерних характеристик особистості, які детермінують процес становлення професійної компетентності майбутніх лікарів на етапі професіоналізації у ВМНЗ належать: гендерна ідентичність, гендерні ролі, гендерні установки, гендерні стереотипи, показники маскулінності та фемінності. Гендерна ідентичність постає однією із важливих детермінант змістових та процесуальних характеристик формування та розвитку професійної компетентності (як інтегративного особистісного утворення) майбутніх лікарів в процесі їхнього професійного становлення.

Визначено, що орієнтація на реалізацію традиційної маскулінності/фемінності призводить до комплексу негативних станів у чоловіків та жінок, що виявляється у гендерно-рольових конфліктах, які є одним із джерел виникнення перепон на шляху до професійної та особистісної самореалізації чоловіків та жінок [30].

Необхідною умовою професійного зростання майбутніх лікарів є розвиток їх асертивної поведінки, яка є одним із ефективних чинників подолання дискримінаційних бар'єрів в освітній і професійній системах. У зв'язку із цим проблема розвитку асертивних властивостей особистості майбутніх лікарів набуває особливої гостроти як ефективний спосіб у подоланні існуючих перепон на шляху до професійної самореалізації юнаків та дівчат, які навчаються у медичному університеті. Отримання різноманітної інформації про гендерні ролі, розвиток асертивної поведінки в процесі просвітницької діяльності та гендерного навчання, на нашу думку, сприятиме формуванню навичок ефективної взаємодії, збільшенню адаптивних здібностей, розвитку гендерної культури та толерантності як необхідних джерел розширення цілісної картини світу майбутніх лікарів.

Основні результати дослідження, які представлені в цьому розділі, наведені в публікаціях автора [65], [66], [67], [68], [69], [70], [71], [72], [73], [74], [75], [76], [77], [78], [79], [80], [81], [82], [83], [84], [85], [108], [109], [110].

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз наукових джерел дозволяє стверджувати, що проблема професійної компетентності належить до складних та багатоаспектних, яка у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі характеризується з точки зору різних наукових підходів (особистісного, діяльнісного, акмеологічного та ін.). Кожен із підходів не вичерпує наукового аналізу проблеми професійної компетентності повністю; всі ці підходи знаходяться у тісному взаємозв'язку один з одним і взаємодоповнюють один одного. Найчастіше дане поняття використовується для опису високого рівня прояву професійної майстерності, кваліфікації та професіоналізму.

Не зважаючи на різницю у визначеннях даного поняття, загальним є те, що «професійна компетентність» розглядається у формі професійних вимог до спеціаліста й належить до професійно-особистісних утворень, які впливають на успішність виконання ним своїх професійних ролей.

Професійна компетентність як складний соціально-психологічний феномен, в межах нашого дослідження розглядається як інтегральна характеристика особистості, що являє собою цілісну, системну сукупність якостей, необхідних для подальшої успішної реалізації отриманих знань, умінь, навичок у професійній діяльності, а також здатність особистості ефективно вирішувати проблемні ситуації й задачі, які виникають у всіх інших сферах її життєдіяльності. Відповідно, під професійною компетентністю майбутнього лікаря ми розуміємо інтегральне особистісне утворення майбутнього спеціаліста, що містить базові знання, вміння й навички, професійно важливі якості та психологічну готовність особистості до ефективного здійснення майбутньої професійної діяльності. Професійна компетентність визначає

націленість майбутнього фахівця на перспективність (прогностичність) в майбутній професійній діяльності, відкритість до динамічного збагачення, впевненість у собі й здатність досягати значущих результатів у майбутній професійній діяльності. При цьому важливим є те, що професійна компетентність – це не статистично досягнутий стан, а динамічний процес становлення, що постійно розгортається.

Передумови формування професійної компетентності майбутніх лікарів закладаються в процесі професійного навчання у вищому медичному навчальному закладі. Ефективність розвитку якої залежить від особливостей організації навчально-виховної діяльності студентів, розвитку їх професійних вмінь, навичок та досвіду, формування професійно значущих особистісних якостей, особливостей сформованості їх мотиваційної сфери та рівня розвитку професійної спрямованості. Рівень розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів визначається рівнем їх спеціальної медичної підготовки, сформованістю особистісних утворень, комунікативними здібностями, ступенем усвідомлення своїх потреб, мотивів, ціннісних орієнтацій відносно майбутньої професії та уявлень про свої соціальні та гендерні ролі.

Визначено види професійної компетентності майбутнього лікаря, які в своєму гармонічному поєднанні забезпечують оптимальний розвиток його професійної компетентності. До них належать: спеціальна компетентність, соціально-психологічна компетентність, особистісно-творча компетентність, комунікативна компетентність, саморегуляційна компетентність, морально-етична компетентність, правова компетентність.

В структурі професійної компетентності майбутнього лікаря ми виокремили такі компоненти: поведінковий, комунікативний, когнітивний, ціннісно-мотиваційний, операційно-діяльнісний, рефлексивно-творчий. При цьому становлення кожного компоненту пов'язане із формуванням його характеристик і властивостей як частини цілісної системи. Визначені компоненти професійної компетентності майбутніх лікарів, в нашій роботі виступають в якості критеріїв оцінки рівня її розвитку.

Визначено гендерні характеристики особистості, які детермінують процес становлення професійної компетентності майбутніх лікарів на етапі їх професійного навчання у ВМНЗ: гендерна ідентичність, гендерні ролі, гендерні установки, гендерні стереотипи, показники маскулінності та фемінності. Гендерна ідентичність постає однією із важливих детермінант змістових та процесуальних характеристик формування та розвитку професійної компетентності (як інтегративного особистісного утворення) майбутніх лікарів в процесі їхнього професійного становлення.

Однією з необхідних умов професійного зростання, формування професійної компетентності майбутніх лікарів є розвиток асертивної поведінки, як ефективного способу подолання гендерних перепон на шляху до їх професійної та особистісної самореалізації. Вироблення асертивної поведінки, як чиннику особистісної та навчально-професійної успішності, на нашу думку, реалізується в процесі тренінгових занять та спеціального організованого особистісно-орієнтованого навчання.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ОСНОВНИХ КОМПОНЕНТІВ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

2.1 Методика та загальна процедура організації емпіричного дослідження

Аналіз літературних джерел дозволив визначити основні компоненти та види професійної компетентності майбутнього лікаря, обґрунтувати роль гендерних особливостей у професійному становленні особистості спеціаліста-жінки та спеціаліста-чоловіка. На основі проведеного аналізу було розроблено та теоретично обґрунтовано структурну модель професійної компетентності майбутніх лікарів (див. підрозділ 3.1), а також визначено гендерні особливості професійного становлення особистості спеціалістів чоловічої та жіночої статі, що дозволило нам визначити методику та загальну процедуру проведення емпіричного дослідження.

Вихідними у емпіричному дослідженні були положення про те, що: 1) процес становлення професійної компетентності майбутнього лікаря, як інтегральної характеристики його особистості, для більш повного та ґрунтовного його вивчення необхідно розглядати з точки зору гендерної проблематики; 2) в якості основних чинників розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів виступають не лише особливості організації навчально-виховної діяльності у ВМНЗ, рівень розвитку професійних знань, умінь, навичок та професійного досвіду, але й професійно значущі особистісні якості, рівень професійної спрямованості, мотивація вибору та оволодіння медичною професією.

Метою емпіричного дослідження було діагностування наявних рівнів розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів

(ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового та рефлексивно-творчого), які виступають в якості критеріїв рівня її розвитку, а також тих гендерних характеристик особистості (гендерна ідентичність, показники маскулінності та фемінності, гендерні установки та уявлення стосовно образу професії лікаря), що мають вплив на їх професійне становлення в умовах навчально-професійної діяльності у ВМНЗ.

Відповідно до визначеної мети були сформульовані завдання емпіричного дослідження:

1. Обрати діагностично валідний та надійний арсенал методів дослідження основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів, що виступали би в якості критеріїв оцінки рівня її розвитку.
2. На етапі попереднього дослідження провести діагностичне опитування з метою визначення особливостей усвідомлення майбутніми лікарями (студентами та інтернами) і практикуючими лікарями сутності поняття «професійна компетентність лікаря», основних її складових, а також гендерних уявлень стосовно професії лікаря, на основі чого визначити остаточний варіант необхідних психодіагностичних методів емпіричного дослідження.
3. За допомогою визначеного психодіагностичного інструментарію провести діагностику гендерних особливостей ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового та рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності студентів-медиків та інтернів медичного університету.
4. На основі отриманого дослідницького матеріалу визначити гендерні особливості розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів чоловічої та жіночої статі та намітити програму формувального етапу дослідження.

Емпіричне дослідження здійснювалось на базі ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці) та Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ) у

2007–2010 рр. і охоплювало студентів та інтернів університету. Емпіричне дослідження проводилось у два етапи (пілотажний та основний).

Пілотажний етап емпіричного дослідження проводився з метою визначення комплексу надійних психодіагностичних методів для використання останніх на основному етапі дослідження. Протягом нього було проведене опитування, результати якого дозволили визначити наявний рівень усвідомлення досліджуваними (майбутніми та практикуючими лікарями) змісту поняття «професійна компетентність лікаря», гендерних уявлень відносно професії лікаря, а також визначення тих характеристик особистості, які визначають успішність лікаря у майбутній професійній діяльності.

На пілотажному етапі дослідження взяли участь студенти, практикуючі лікарі та викладачі ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці) – усього 95 осіб (з них – 20 практикуючих лікарів та викладачів і 75 студентів-медиків).

На основному етапі емпіричного дослідження вибірку складали 226 осіб (119 дівчат і 107 юнаків) – з них 175 студентів-медиків різних курсів і 51 дипломований спеціаліст, які навчаються в інтернатурі за різними спеціальностями (хірургія, педіатрія, терапія, гінекологія, отоларингологія, офтальмологія, медична психологія) (див. табл. 2.1). На етапі констатації використовувались визначені на етапі попереднього дослідження стандартизовані психодіагностичні методики для вирішення поставлених завдань.

Таблиця 2.1

Вибірка основного етапу емпіричного дослідження, n= 226

Стать	Студенти-медики					Лікарі-інтерни		Всього
	2-й курс	3-й курс	4-й курс	5-й курс	6-й курс	1рік навч.	2рік навч.	
жін.	16	18	19	20	15	15	16	119
чол.	16	17	19	20	15	10	10	107
Всього	32	35	38	40	30	25	26	226
	175					51		

Визначаючи вибірку основного етапу емпіричного дослідження, ми брали до уваги специфіку розвитку особистості майбутнього лікаря на певному етапі професійного навчання у ВМНЗ.

На початковому етапі професійного навчання (особливо на першому курсі) студенти пристосовуються до умов і змісту професійно-освітнього простору, засвоюють новий для себе вид діяльності – навчально-пізнавальну, нову соціальну роль. Відбувається процес адаптації студентів до навчально-пізнавального середовища, їх особистісне самовизначення, виробляється новий стиль життєдіяльності, будуються взаємини із однокурсниками та викладачами, підвищується рівень самостійності тощо. Тому, для сучасного студента-першокурсника характерним є недостатній рівень особистісного розвитку, «особистісна невизначеність», емоційна нестійкість, невпевненість у собі, низький рівень самоорганізації і самоконтролю, що значно обмежує можливість формування їх професійної компетентності на цьому етапі. Можна стверджувати, що на цьому етапі професійного навчання закладаються лише загальні передумови освоєння професії, які є необхідними для подальшого професійного становлення і зростання майбутніх лікарів. З огляду на ці об'єктивні умови та характерні особливості професіоналізації особистості студента-медика на першому курсі, ця вікова категорія не увійшла у вибірку нашого дослідження.

Другий курс – період інтенсивної навчальної діяльності студентів. У життя другокурсників інтенсивно включені всі форми навчання і виховання. Студенти отримують загальну підготовку. В них формуються професійні запити й потреби. Процес адаптації до навчання у вищій школі завершений (в нормі).

Завершальний етап професійної освіти (на старших курсах додипломної, а також на етапі післядипломної освіти) – етап ідентифікації, характеризується зміцненням інтересу до навчання як відображення подальшого розвитку й поглибленням навчально-професійних інтересів студентів. У цей період навчання відбувається активне формування професійної спрямованості, ускладнення структури мотиваційної сфери, професіоналізуються особистісні

якості майбутніх лікарів тощо. Важливого значення набуває формування професійної ідентичності та готовність до майбутньої практичної діяльності, що якісно визначає рівень розвитку професійної компетентності майбутнього лікаря. Для цього періоду характерним є повний розвиток та інтеграція всіх компонентів професійного становлення особистості, відбувається перехід до цілісної особистісної структури.

Важливим при формуванні вибірки дослідження для нас було проходження студентами-медиками навчально-виробничої практики» (з другого по шостий курс). Оскільки, проходження навчально-виробничої практики забезпечує ознайомлення майбутніх фахівців з медицини із особливостями майбутньої професійної діяльності (організацією лікувальної справи, умовами роботи лікаря тощо), що сприяє наближенню до професійної спільноти, формуванню уявлень про медичну діяльність, а також активному використанню отриманих знань, подальшому вдосконаленню практичних навичок, набутих упродовж навчального року, формуванню професійних вмінь та отриманню необхідного професійного досвіду. Відповідно проходження навчально-виробничої практики забезпечує розвиток операційно-діяльнісного та когнітивного компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів.

Отже, з огляду на те, що операційно-діяльнісний компонент професійної компетентності майбутніх лікарів формується в процесі активного використання отриманих знань та набутих навичок на практиці, і забезпечується, здебільшого, проходженням навчально-виробничої практики. А розвиток когнітивного компоненту, який визначається широтою, глибиною та системністю знань в медичній галузі (професійний інтелект) безпосередньо залежить від навчальної успішності студентів та рівня їх засвоєння професійних знань, розвитку професійних вмінь та навичок, професійного досвіду, — діагностика розвитку цих компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів не увійшла у завдання нашого емпіричного дослідження.

Повна характеристика основних структурних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів представлені в таблиці 3.1.

Включення у вибірку дослідження спеціалістів-медиків, які навчаються в інтернатурі дозволяє провести порівняльний аналіз розвитку основних структурних компонентів професійної компетентності на додипломному та післядипломному етапах навчання у вищому медичному закладі.

На післядипломному етапі навчання (в інтернатурі) майбутні лікарі проходять спеціалізацію, що дозволяє значно звузити сферу професійних інтересів, вдосконалювати практичні навички, формувати професійні вміння та набувати необхідний професійний досвід. Високий рівень розвитку професійної компетентності на даному етапі професійного навчання визначає наявність соціально значущих і професійно важливих особистісних якостей та їх інтеграцію, високий рівень професійної спрямованості, домінування суспільно значущих мотивів професійної діяльності, високий рівень ідентифікації із професією, готовність до постійного професійного зростання.

Тобто, визначена категорія респондентів, які складають вибірку нашого дослідження (див. табл. 2.1), забезпечує достатньо високу її репрезентативність.

З огляду на вищезазначене, одним із основних завдань основного (констатувального) етапу емпіричного дослідження стає діагностика гендерних особливостей ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового, рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності студентів-медиків та інтернів медичного університету.

На попередньому етапі емпіричного дослідження ми використовували стандартизовані психодіагностичні методики, а також малостандартизовані методи (опитування, бесіду, спостереження), на основі яких було відібрано остаточний варіант інструментів вимірювання, який використовувався на основному етапі емпіричного дослідження.

Учасники попереднього етапу дослідження, передусім звернули увагу на те, що для успішного виконання професійних обов'язків лікаря, студенти-медики повинні володіти необхідним набором професійних і особистісних якостей, а також мати необхідні теоретичні знання та практичні навички з базових медичних дисциплін.

У таблиці 2.2 наведено перелік професійних та особистісних якостей в портреті компетентного лікаря (за результатами пілотажного дослідження), де якості визначено у порядку зменшення значущості для респондентів.

Таблиця 2.2

Перелік професійних та особистісних якостей в портреті компетентного лікаря (за результатами пілотажного дослідження)

Особистісні якості	Професійні якості
1	2
<ul style="list-style-type: none"> – доброта – співчуття (співпереживання) – ввічливість – впевненість – рішучість – чуйність – наполегливість – щирість – надійність – почуття гумору – стриманість – милосердність (душевність) – відвертість 	<ul style="list-style-type: none"> – професіоналізм – кваліфікованість – компетентність – досвідченість – інтерес до своєї справи (професії) – знання, уміння, практичні навички – уважне ставлення до пацієнта – аналітичність – готовність діяти – інтуїція – швидкість реакцій – колегіальність

Як видно з таблиці 2.2, практикуючі лікарі та викладачі медичного університету, зазначили, що рівень розвитку цих якостей у студентів-медиків є показником розвитку їх професійної компетентності.

І майбутні, і досвідчені лікарі зазначили, що професійно компетентний фахівець з медицини повинен усвідомлювати свої соціальні ролі, ціннісні орієнтації, настановлення, мотиви, потреби відносно майбутньої медичної професії, а також володіти високим рівнем професійної спрямованості та мотивації до професійної діяльності.

У відповідях респондентів спостерігався вплив гендерних стереотипів відносно професії лікаря. Так, наприклад, деякі респонденти вважали, що

лікарі-жінки ставляться до пацієнтів краще, ніж чоловіки, а серед успішних лікарів більше представників чоловічої статі (ці дані доводять також результати основного етапу дослідження). У відповідях також мали місце, т.зв. «професійні міфи», згідно яких тільки чоловік може бути хорошим хірургом, гінекологом тощо. Крім того, ті ж гендерні стереотипи нав'язують сприйняття чоловіка, як більш професійного, відповідального, наполегливого, серйозного, що також має неабияке значення для професійної успішності лікаря.

Важливими серед професійних якостей успішного лікаря, на думку респондентів, виявились такі, як професіоналізм, кваліфікованість, компетентність тощо. Серед визначених особистісних якостей найважливіше значення в професії лікаря займають співчуття, доброта, ввічливість тощо (див. табл. 2.2).

Загалом, одержані на основі проведення попереднього (пілотажного) етапу емпіричного дослідження дані, дозволили проаналізувати, з одного боку, уявлення майбутніх лікарів щодо основних складових професійної компетентності майбутнього лікаря, розвиток яких відбувається в процесі професійного навчання у ВМНЗ, а з іншого – думки та оцінки практикуючих лікарів та викладачів університету, які мали досвід роботи з пацієнтами.

На основі результатів попереднього дослідження, проведеного теоретичного аналізу характерних особливостей розвитку основних компонентів професійної компетентності, а також знання специфіки розвитку особистості студентів-медиків на кожному курсі навчання у ВМНЗ, дозволили нам відібрати комплекс валідних і надійних психодіагностичних методик (бланки методик, які були запропоновані респондентам представлені у додатку А), а також намітити схему констатувального етапу емпіричного дослідження.

На етапі констатувального етапу дослідження використовувались стандартизовані методики, а також авторська анкета. Процедура проведення деяких із визначених методик нами була дещо модифікована з метою вирішення завдань дослідження. Схема констатувального етапу емпіричного дослідження подається на рисунку 2.1.

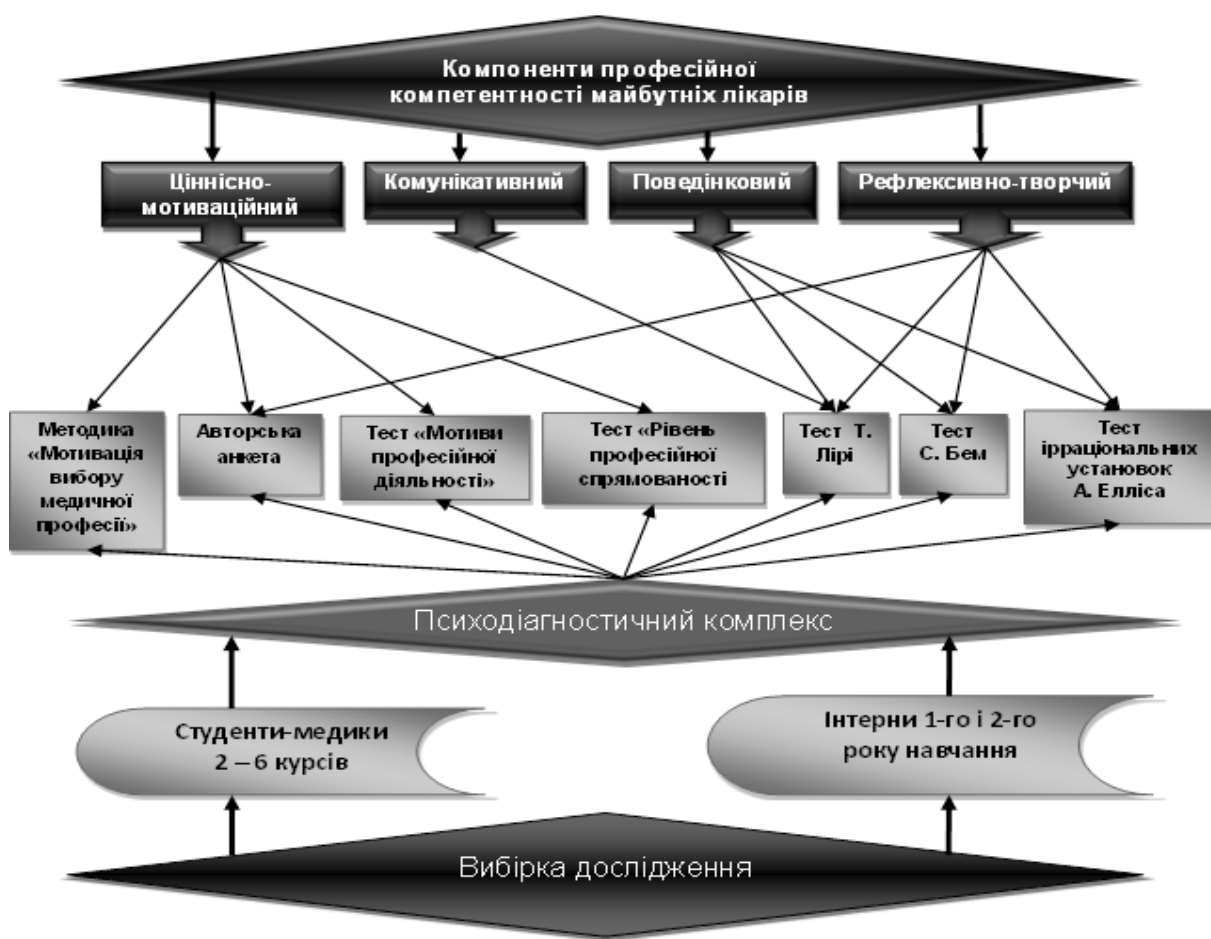


Рис. 2.1. Схема констатувального етапу емпіричного дослідження

З метою визначення наявних гендерних установок щодо особливостей медичної професії, серед досліджуваної групи студентів та інтернів нами була розроблена авторська анкета (див. додаток А). Одержані результати піддавались якісному аналізу і співвідносились з даними, що були одержані за допомогою інших психодіагностичних методик. Характеристика запитань анкети, мета та результати анкетування представлені в підрозділі 2.2.

Комплекс визначених психодіагностичних стандартизованих методик використовувався нами з метою діагностики актуального рівня розвитку основних компонентів професійної компетентності (ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового та рефлексивно-творчого), а також гендерних особливостей їх формування у майбутніх лікарів шляхом виявлення статистично значущих відмінностей вимірюваних характеристик серед груп студентів та інтернів чоловічої та жіночої статі. Зібраний дослідний матеріал

дозволив визначити актуальний рівень розвитку вищезазначених компонентів професійної компетентності, а також їх гендерних особливостей у майбутніх лікарів чоловічої та жіночої статі. Це дозволило спланувати програму розвивального етапу дослідження.

Дослідження гендерних особливостей розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності реалізовувалось за допомогою методик: «Мотивація вибору медичної професії» (ММП) тест Хеннінга мотивів учіння в модифікації А. Василькової [89], «Мотиви професійної діяльності» (МПД) А. Крилова та С. Маничева [142], «Рівень професійної спрямованості» (РПС) Т. Дубовицької [47].

Досліджуваним була запропонована методика «ММП» [89], де респонденти порівнювали 36 пар тверджень і надавали перевагу одному твердженню в кожній парі. Бланк методики представлений в додатку А. Чим більше виборів того чи іншого твердження, тим більшу значущість для досліджуваних має той чи інший мотив при виборі медичної спеціальності.

На наступному етапі досліджуваним була запропонована методика «МПД» [142], яка використовувалась нами для дослідження структури професійної мотивації майбутніх лікарів. Як зазначає автор методики, ефективність майбутньої професійної діяльності прямо залежить від особливостей професійної мотивації того, хто навчається [142, с. 386]. Опитувальник містить ряд тверджень, які потрібно було закінчити, обираючи один варіант із трьох можливих. Відповіді фіксувались на спеціальному бланку (див. додаток А). Отримані результати дозволи визначити ієрархію чотирьох провідних мотивів, які визначають сферу професійної життєдіяльності особистості майбутніх лікарів: мотиви власної праці, мотиви соціальної значущості в праці, мотиви самоствердження в праці, мотиви професійної майстерності.

Тест-опитувальник для визначення рівня професійної спрямованості «РПС» [47], використовувався з метою діагностики рівня професійної спрямованості, що дозволяє визначити ступінь прояву прагнення майбутніх лікарів до оволодіння професією лікаря та бажання працювати за нею. Як зазначає автор,

високі тестові показники свідчать про те, що студент прагне до оволодіння обраною професією, і вона йому подобається; він хоче працювати й надалі удосконалюватись у даній професії; у вільний час займається справами, що мають відношення до майбутньої професії; має коло знайомих-спеціалістів в області обраної професії; вважає свою професію справою всього життя. Низькі тестові показники свідчать про те, що студент примусово навчається у навчальному закладі; вступ у навчальний заклад обумовлений не інтересом до майбутньої професії й бажанням працювати за спеціальністю, а іншими причинами, наприклад, підкорення вимогам батьків, коротка відстань додому тощо; студент не бачить нічого доброго для себе в своїй майбутній професії; професія, що здобувається, йому малоцікава; при можливості хоче змінити професію, отримати іншу спеціальність і працювати за нею [47]. Відповіді фіксувались у спеціальному бланку (див. додаток А). Результати методики дозволили визначити три можливі рівні розвитку професійної спрямованості майбутніх лікарів: високий, середній, низький.

З метою дослідження гендерних особливостей комунікативного, поведінкового та рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності студентів-медиків ми використовували тест міжособистісних відносин Т. Лірі [141], опитувальник С. Бем [141], тест ірраціональних установок А. Елліса [145]. Гендерні особливості визначених компонентів професійної компетентності характеризують відповідну поведінкову модель студента, яка є провідною у міжособистісній взаємодії з оточуючими.

Опитувальник Т. Лірі [141] ми використовували для визначення показників нормативної фемінності/ маскулінності, показників домінування й доброзичливості як характерних ознак стилю міжособистісної поведінки, ступеня ідентифікації особистості досліджуваних із майбутньою професією.

Нами була дещо модифікована процедура проведення даної методики з метою дослідження гендерних уявлень респондентів щодо власного образу (реальне «Я»), власного ідеалу, який відображає моральні уявлення індивіда про своє ідеальне «Я», його уявлення про образ ідеального лікаря, що визначає

ступінь ідентифікації майбутніх лікарів із майбутньою професією, та їх уявлення про образ реального професіонала з медицини. Різні напрями психодіагностики дозволили визначити та порівняти дані про реальний та ідеальний тип особистості представників чоловічої та жіночої статі, а також їх уявлення про ідеальний та існуючий тип особистості лікаря.

Досліджуваним пропонувалось оцінити за допомогою 128 лаконічних характеристик чотири образи: «реальне «Я», «ідеальне «Я», «ідеальний лікар», «реальний лікар». За допомогою «ключа» вираховувались показники 8-ми характерологічних тенденцій, що визначають профіль (тип) особистості досліджуваного (див. додаток А).

Отримані профільні оцінки наочно зображувались у вигляді дискограм, де відображено замкнутий континуум, по периметру якого розташовані певні стилі міжособистісної взаємодії. Протилежні за змістом тенденції (шкали) розташовані один до одного на діаметрально полярних крапках дискограми. В цьому колі по горизонтальній і вертикальній осях позначені чотири орієнтації: домінування – підпорядкування, доброзичливість – агресивність. Схема Т.Лірі базується на припущенні, що чим ближче знаходяться результати досліджуваного до центру дискограми, тим сильніше взаємозв'язок цих двох змінних. Відстань показника визначеної орієнтації від центру дискограми вказує на адаптивність або екстремальність інтерперсональної поведінки. Кінці векторів дискограми з'єднуються і утворюють особистісний профіль.

За допомогою даної методики ми вираховували показники двох основних тенденцій: «домінування» (фактор V) і «доброзичливості» (фактор G). Саме ці фактори визначають особливості інтерперсональної поведінки особистості, що виявляється у вмінні встановлювати міжособистісні зв'язки, обирати оптимальний стиль спілкування в різноманітних ситуаціях професійної діяльності, володіти ефективними засобами вербального і невербального спілкування, і є характеристикою комунікативного компоненту професійної компетентності майбутнього лікаря. Показники цих тенденцій вираховуються за допомогою спеціальних формул:

$$V = (I - V) + 0,7 \times (VIII + II - IV - VI) \quad (2.1);$$

$$G = (VII - III) + 0,7 \times (VIII - II - IV + VI) \quad (2.2).$$

Якісний аналіз отриманих даних здійснюється шляхом порівняння дискограм, що демонструють відмінності між уявленнями студентів та інтернів чоловічої та жіночої статі щодо визначених рівнів діагностики. Отримані дані відображають гендерний аспект подібності реального «Я» майбутнього фахівця з медицини з його уявленням про ідеал та образ типового професіоналу з медицини в реальному та ідеальному відношеннях.

В якості основної методики для дослідження гендерних характеристик майбутніх лікарів ми використовували опитувальник С. Бем [141]. Методика призначена для діагностики типу гендерної ідентичності (психологічної статі) особистості: фемінності (якості особистості, які відповідають стереотипу жіночості), маскулінності (якості особистості, які відповідають стереотипу мужності), андрогінності (можливість прояву особистістю як жіночих, так і чоловічих якостей адекватно ситуаціям, що виникають). Досліджуваним запропонували оцінити 60 тверджень (якостей) відповідно до ступеня своєї згоди або незгоди із цим твердженням, оцінюючи таким чином наявність чи відсутність у себе визначених якостей. Бланк методики наведений у додатку А.

Методику ірраціональних установок А. Елліса [145] ми використовували для оцінювання наявності та прояву ірраціональних установок в структурі Я-концепції майбутнього лікаря; наявності та прояву ірраціональних установок у мисленні та поведінці. За результатами методики визначались показники за шкалами: «катастрофізація» (К), «вимогливість по відношенню до себе» (Вс), «вимогливість по відношенню до інших» (ВІ), «оціночна установка» (О), «фрустраційна толерантність» (Ф). Характеристика шкал, а також бланк методики представлені у додатку А.

Одержані на етапі констатувального етапу дослідження дані піддавались якісному аналізу та кількісній обробці. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження представлений в наступному параграфі нашої роботи.

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження гендерних особливостей розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів

З метою вивчення суб'єктивних уявлень та наявних гендерних установок щодо особливостей медичної професії, досліджуваним пропонувалась авторська анкета. Запитання анкети були сформульовані таким чином, щоб на основі суб'єктивної діагностики можна було би отримати інформацію про наявні гендерні установки досліджуваних відносно того, кому більше підходить професія лікаря, хто найчастіше її обирає, кому легше вчитись у ВМНЗ, кого більше, жінок чи чоловіків серед практикуючих лікарів та медиків-науковців, кому більше загрожує емоційне та професійне вигорання, а також визначити «чоловічі» та «жіночі» лікарські спеціальності. Оскільки нами не було виявлено значних відмінностей в уявленнях між студентами-медиками різних курсів та інтернами, як за кількісними, так і за змістовними показниками, ми визначали процентне співвідношення відповідей лише за ознакою статі. Результати анкетування представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати анкетування (авторська анкета), n=226

Твердження	Варіант відповіді	Стать		Всього респондентів
		жін.	чол.	
1	2	3	4	5
Професія лікаря більше підходить	жінкам	3,6%	-	2%
	чоловікам	3,6%	22,8%	21%
	стать не має значення	92,8%	77,2%	77%
Професію лікаря частіше обирають	жінки	50%	53%	54,6%
	чоловіки	5%	12%	8,2%
	стать не має значення	45%	35%	37,2%
До вищих медичних навчальних закладів	жінкам	7,7%	8,7%	8,2%
	чоловікам	5,8%	15,3%	10,2%

1	Продовження таблиці 2.3			
	2	3	4	5
легше вступити	стать не має значення	86,5%	76%	81,6%
У вищих навчальних закладах легше вчитись	жінкам	10,6%	17,4%	13,8%
	чоловікам	7,7%	12%	9,7%
	стать не має значення	81,7%	70,6%	76,5%
Серед успішних практикуючих лікарів більше	жінок	8,5%	4,4%	6,6%
	чоловіків	38,5%	60%	52%
	від статі не залежить	53%	29,7%	40,4%
Ідеальний лікар – це	жінка	3%	2%	2,5
	чоловік	2%	11%	6%
	стать не має значення	95%	87%	91,5%
Емоційне вигорання та інші психологічні проблеми, пов'язані з професією, більше загрожують	жінкам	50%	43,5%	47%
	чоловікам	13,5%	7,5%	11%
	стать не має значення	36,5%	49%	42%

Як видно з таблиці 2.3, більшість з опитаних респондентів (54,6%), і жіночої, і чоловічої статі, вважають, що професію лікаря частіше обирають жінки, що відображає реальну картину, так як, за даними державного комітету статистики України в системі охорони здоров'я працюють переважно жінки (83,9%), а на керівних посадах – переважно чоловіки (з них лише 25% жінок). Ми вважаємо, що це не могло не позначитись на уявленнях респондентів. Наведені нижче дані свідчать про наявність ґендерних установок серед опитаних.

Відмінності у поглядах респондентів чоловічої та жіночої статі спостерігаються відносно того, кого серед успішних практикуючих лікарів більше – чоловіків чи жінок, а також кому з них більше загрожує емоційне вигорання. Так, юнаки (60%) вважають, що успішних практикуючих лікарів більше серед чоловіків, а дівчата (53%) – що від статі це не залежить. Емоційне вигорання як професійна психологічна проблема, на думку студенток (50%), є проблемою суто жіночого характеру, юнаки (43,5%) вважають, що дана проблема є притаманною для лікарів незалежно від статі.

Цікавим є той факт, що, як юнаки, так і дівчата (95% і 87% відповідно) вважають, що поняття «ідеальний лікар» є індиферентним за ознакою статі, відповідно як у чоловіків, так і у жінок є однакові шанси стати успішним кваліфікованим лікарем. Ці дані є суперечливими відносно інших відповідей

респондентів, так як, на думку більшості з них, професію лікаря найчастіше обирають жінки, успішним лікарем є чоловік (так вважають 60% юнаків і 38,5% дівчат). Це можна пояснити тим, що, респонденти вбачають наявність певних перешкод на шляху до професійного зростання жінок лікарів, які носять переважно соціальний характер, оскільки, як зазначалось студентами, стати ідеальним лікарем мають однакові можливості як чоловіки, так і жінки.

Останні запитання в анкеті (див. додаток А) дозволяли визначити найбільш «популярні» «чоловічі» та «жіночі» лікарські спеціальності в уявленнях студентів-медиків та інтернів чоловічої та жіночої статі. З переліку визначених студентами та інтернами лікарських спеціальностей, які найбільше підходять чоловікам, а які – жінкам, ми визначили ті, які найчастіше зустрічались у відповідях респондентів.

Перелік медичних спеціальностей, які найбільше підходять чоловікам («чоловічі спеціальності») та жінкам («жіночі спеціальності»), на думку респондентів, представлений на рисунках 2.2 і 2.3 відповідно. Даний перелік лікарських спеціальностей ми визначали за кількістю виборів респондентів (юнаків та дівчат).

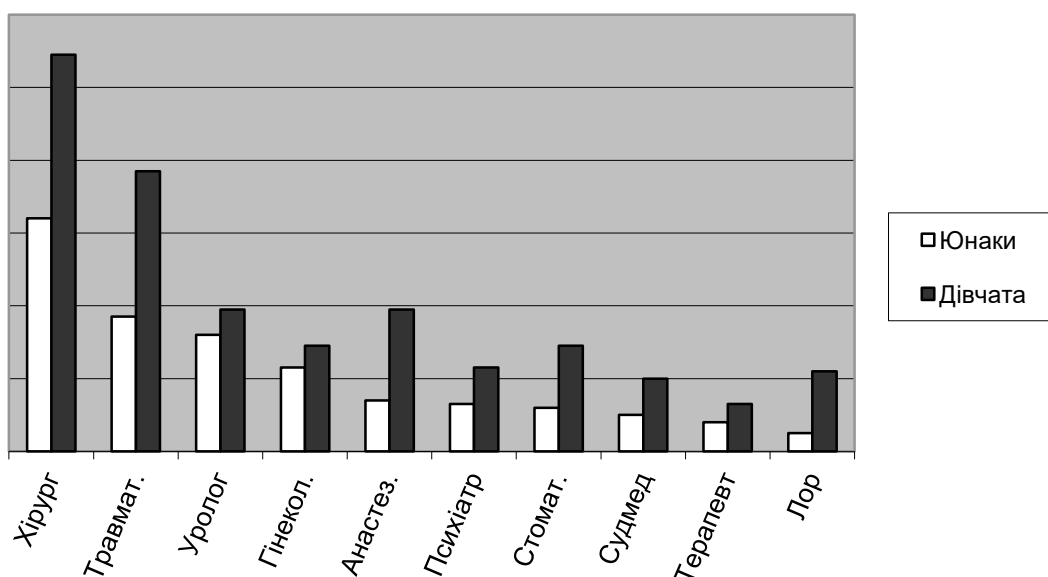


Рис. 2.2. Перелік «чоловічих» лікарських спеціальностей в уявленнях юнаків та дівчат студентів-медиків та інтернів.

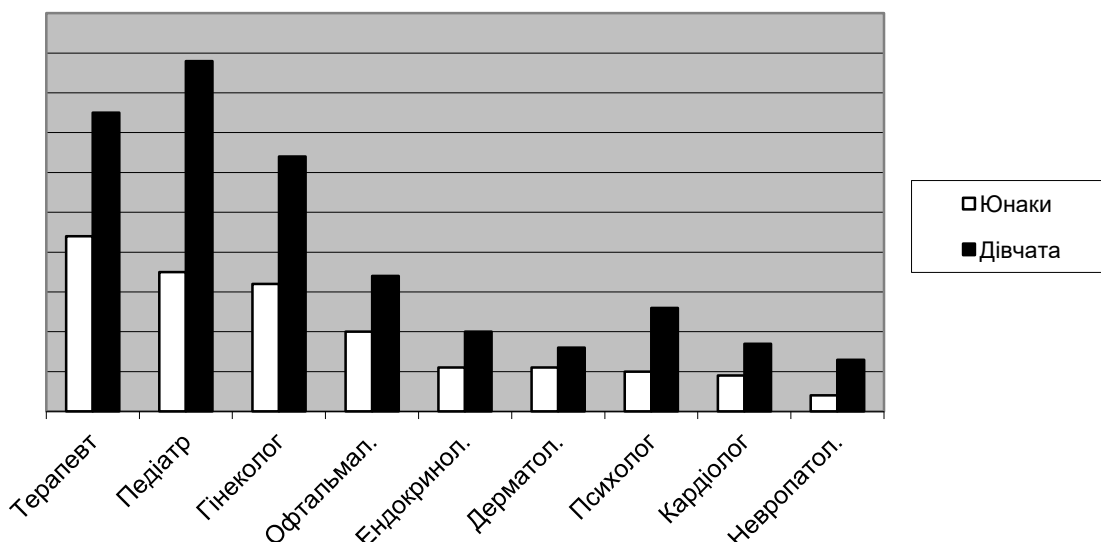


Рис. 2.3. Перелік «жіночих» лікарських спеціальностей в уявленнях юнаків та дівчат студентів-медиків та інтернів.

Як видно з рисунків 2.2 та 2.3 до типово «чоловічих» лікарських спеціальностей згідно уявлень респондентів належать: хірургія та нейрохірургія, ортопедія та травматологія, анестезіологія, урологія, акушерство і гінекологія; до найпопулярніших «жіночих» лікарських спеціальностей належать педіатрія, терапія, акушерство і гінекологія, офтальмологія. Що є підтвердженням наявності гендерних установок відносно образу майбутньої професії у студентів та інтернів медичного університету.

З метою дослідження гендерних особливостей комунікативного, поведінкового та рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності студентів-медиків (див. рис. 2.1) ми використовували тест Т.Лірі [141], опитувальник С. Бем [141], тест ірраціональних установок А.Елліса [145]. Психологічна характеристика визначених компонентів професійної компетентності подана в підрозділі 2.1 нашої роботи. Гендерні особливості визначених компонентів професійної компетентності характеризують відповідну поведінкову модель студента, яка є провідною у міжособистісній взаємодії з оточуючими.

Показники гендерної ідентичності студентів, яка виступає в якості центральної гендерної характеристики особистості, нами досліджувались за

допомогою методики С. Бем. Зауважимо, що статистична значущість середніх величин всіх вимірюваних емпіричних показників у дослідженні перевірялась за допомогою методу непараметричної статистики – Критерію U-Манна-Уїтні.

Результати представлені у таблиці 2.4 і на рисунку 2.4.

Таблиця 2.4

Показники середніх значень гендерної ідентичності (IS) студентів-медиків та інтернів за методикою С. Бем, n=226

Рік нав-ня	Чоловіки, n =107		Жінки, n = 119		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	p ≤
1	2	3	4	5	6	7
2 курс	-0,55	0,59	0,426	0,66	32,0	0,00
3 курс	-0,51	0,60	0,10	0,60	74,0	0,009
4 курс	-0,00	0,90	0,098	0,67	172,5	0,81
5 курс	-0,35	0,42	0,17	0,58	86,5	0,00
6 курс	-0,01	0,89	0,088	0,69	174,5	0,85
Інт. 1-й р.	-0,14	0,36	0,26	0,66	46,0	0,10
Інт. 2-й р.	-0,44	0,41	0,56	0,53	4,0	0,00

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно у таблиці 2.4, за показниками гендерної ідентичності між жіночою і чоловічою вибірками наявні відмінності ($p \leq 0,001$). Показники гендерної ідентичності (IS) респондентів знаходяться здебільшого в межах андрогінності, з статистично достовірними відмінностями між групами досліджуваних чоловічої та жіночої статі. Такий розподіл показників гендерної ідентичності досліджуваних слугує підтвердженням того, що на сьогодні середні відмінності показників маскулінності/фемінності за методикою С. Бем поступово зменшуються, і не всі з запропонованих в методиці «фемінних» та «маскулінних» ознак можна однозначно ідентифікувати як ті, що притаманні суто чоловікам або жінкам. Але разом із тим, як вже зауважувалось, показники андрогінної гендерної ідентичності є статистично відмінними у юнаків та дівчат ($p \leq 0,001$), і мають тенденцію до маскулінності у юнаків та тенденцію до фемінності у дівчат, окрім студентів четвертого курсу та інтернів першого року навчання. У даної групи досліджуваних показники гендерної ідентичності статистично не відрізняються у юнаків і дівчат.

У даному випадку, з усією очевидністю спостерігається нівелювання індивідуальних гендерних показників на користь підвищення групової гендерної професійної ідентичності залежно від курсу навчання. А у інтернів, що навчаються другий рік, цю тенденцію можна пояснити тим, що на цьому етапі навчання саме і відбувається перехід від групової професійної взаємодії до індивідуальної професійної діяльності.

Кореляційний аналіз показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» (тест Т. Лірі) у студентів-медиків та інтернів наведено у таблицях 2.5 – 2.10 та у додатку Б.

Таблиця 2.5

**Кореляційний аналіз показників образу «Я реальне» і
образу «Я ідеальне» у студентів 2 курсу за тестом Т. Лірі**

Образ	Показники	Чол. (n= 16)		Жін. (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Я реальне	Домінантність	6,25	2,46	7,13	3,61	112,50	0,56
	Впевненість у собі	4,38	2,36	6,06	2,46	80,50	0,07
	Вимогливість	4,19	2,23	7,06	1,88	43,50	0,00
	Скептицизм	3,75	1,77	6,44	2,83	50,00	0,00
	Поступливість	4,25	3,02	4,81	3,27	121,00	0,79
	Довірливість	5,13	3,14	5,69	1,99	117,00	0,68
	Добросердність	5,44	2,96	7,19	3,39	92,00	0,17
	Чуйність	7,56	3,09	6,94	2,57	104,50	0,37
Я ідеальне	Домінантність	8,38	2,60	9,13	3,48	116,50	0,66
	Впевненість у собі	5,38	1,45	7,88	3,18	46,50	0,00
	Вимогливість	4,38	1,82	7,44	2,73	45,50	0,00
	Скептицизм	1,69	1,92	4,94	3,07	46,00	0,00
	Поступливість	2,75	2,46	3,50	1,55	87,00	0,12
	Довірливість	3,94	2,17	5,37	1,86	83,00	0,09
	Добросердність	6,50	3,14	7,63	3,42	106,00	0,41
	Чуйність	7,88	3,30	8,38	3,36	124,00	0,88

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.5, в оцінюванні образів «Я реальне» та «Я ідеальне» студентами 2-го курсу, гендерні відмінності спостерігаємо за шкалами «вимогливість» і «скептицизм» ($p \leq 0,01$), що свідченням того, що дівчата оцінюють себе в реальному образі Я і бачать себе в майбутньому більш вимогливими та скептичними, ніж як оцінюють себе хлопці. За шкалою

«впевненість у собі» між дівчатами і хлопцями вибірки, існують статистично достовірні відмінності ($p \leq 0,01$) в оціюванні образу «Я ідеальне», тобто, дівчата в майбутньому прагнуть бути більш впевненими у собі, ніж якими бачать себе хлопці. Ці дані підтверджують результати дослідження О.Кікінежді [90], яка зауважує, що такі статеві відмінності пов'язані із різним рівнем адаптації до нових соціальних ролей студента/студентки, майбутнього професіонала у юнаків та дівчат. Останні набувають більшої впевненості в собі, що зумовлено: а) вищою соціальною активністю дівчат; б) меншою стереотипізацією гендерних очікувань щодо їх соціальних ролей та значно більшою щодо виконання юнаками чоловічих ролей. У цьому віці чоловіки-студенти починають відчувати тиск статевих стереотипів годувальника, охоронця і т.п. на фоні браку можливостей матеріальної самореалізації [90, с. 247].

Таблиця 2.6

**Кореляційний аналіз показників образу «Я реальне» і образу
«Я ідеальне» у студентів 3 курсу за тестом Т. Лірі**

Образ	Показники	Чол. (n = 17)		Жін. (n = 18)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Я реальне	Домінантність	9,88	3,29	7,50	3,43	94,00	0,05
	Впевненість у собі	8,29	2,66	6,17	3,11	90,50	0,03
	Вимогливість	9,17	2,53	7,34	3,51	94,50	0,05
	Скептицизм	7,47	3,59	7,67	3,12	151,50	0,96
	Поступливість	6,77	3,13	7,50	4,34	124,00	0,33
	Довірливість	8,05	2,68	7,00	3,31	119,50	0,26
	Добросердність	8,64	2,93	7,55	4,24	135,00	0,55
	Чуйність	9,05	2,53	7,17	4,20	112,00	0,17
Я ідеальне	Домінантність	9,94	2,56	9,22	3,87	137,50	0,60
	Впевненість у собі	9,05	2,72	7,2	3,42	101,50	0,08
	Вимогливість	9,17	3,22	6,50	4,28	95,00	0,05
	Скептицизм	5,94	4,26	5,83	3,77	152,00	0,97
	Поступливість	7,23	4,05	6,83	4,39	147,00	0,84
	Довірливість	7,47	3,06	5,50	3,39	100,50	0,08
	Добросердність	8,35	2,59	7,44	4,03	135,50	0,56
	Чуйність	8,94	1,98	7,83	3,86	118,50	0,25

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.6, на відміну від юнаків-студентів 2-го курсу, у поглядах юнаків-студентів 3-го курсу за шкалами «впевненість у собі», «домінантність»,

«вимогливість» в образі «Я реальне», на відміну від їх однокурсниць дівчат, існують статистично значущі відмінності ($p \leq 0,05$) – хлопці бачать себе більш домінантними, авторитарними, впевненим у собі, схильними до конкуруючого стилю міжособистісної взаємодії, ніж дівчата. В оцінюванні себе ідеального за шкалою «впевненість у собі» між хлопцями та дівчатами студентами 3-го курсу також спостерігається статистично достовірна відмінність ($p \leq 0,05$). Відповідно юнаки оцінюють і бачать себе у майбутньому більш впевненими, незалежними від думки оточуючих, схильними до суперництва, ніж дівчата їх однокурсниці. Також юнаки сприймають себе більш вимогливими, ніж дівчата ($p \leq 0,05$), відповідно цілеспрямованішими та наполегливішими у досягненні мети.

Таблиця 2.7

Кореляційний аналіз показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у студентів 4 курсу за тестом Т. Лірі

Образ	Показники	Чол. (n = 19)		Жін. (n = 19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Я реальне	Домінантність	4,73	2,68	6,73	2,51	99,5	0,01
	Впевненість у собі	4,26	2,53	5,05	3,22	162,0	0,59
	Вимогливість	4,89	3,52	6,47	2,65	120,5	0,05
	Скептицизм	5,26	3,03	5,26	3,19	180,0	0,98
	Поступливість	5,00	4,67	5,21	2,82	161,0	0,56
	Довірливість	4,68	4,05	5,78	3,13	146,5	0,32
	Добросердність	5,26	3,49	6,89	3,08	131,0	0,14
	Чуйність	5,21	4,39	6,68	3,66	135,5	0,18
Я ідеальне	Домінантність	6,05	4,35	7,15	3,07	156,0	0,47
	Впевненість у собі	5,05	2,41	6,05	3,00	147,5	0,33
	Вимогливість	4,47	3,28	5,26	2,74	149,0	0,35
	Скептицизм	3,10	3,21	2,47	3,27	154,0	0,43
	Поступливість	3,36	3,97	2,94	2,52	171,0	0,78
	Довірливість	3,42	3,37	3,84	2,65	154,0	0,43
	Добросердність	5,73	3,79	6,63	3,65	157,0	0,49
	Чуйність	4,42	4,37	7,10	4,20	114,0	0,05

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.7, у поглядах юнаків та дівчат 4-го курсу в образі «Я реальне» статистично значущі гендерні відмінності виявляються за шкалами «домінантність» ($p \leq 0,01$), «вимогливість» ($p \leq 0,05$), тобто дівчата сприймають себе більш домінантними, авторитарними, прямолінійними, вимогливими та

наполегливими у досягненні мети, на відміну від оцінювання себе хлопцями. Гендерні відмінності також виявлено в оцінюванні свого ідеального образу юнаками та дівчатами за шкалою «чуйність» ($p \leq 0,05$). Так, в майбутньому дівчата воліли би бачити себе більш чуйними, ніж як бачать себе хлопці, що свідчить про більшу значущість емоційної сфери для особистісного самовизначення у дівчат.

Таблиця 2.8

**Кореляційний аналіз показників образу «Я реальне» і образу
«Я ідеальне» у студентів 5 курсу за тестом Т. Лірі**

Образ	Показники	Чол. (n = 20)		Жін. (n = 20)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Я реальне	Домінантність	6,75	2,86	6,30	3,62	170,0	0,41
	Впевненість у собі	5,40	2,58	5,90	3,29	187,5	0,73
	Вимогливість	6,45	2,92	6,40	2,72	199,0	0,97
	Скептицизм	5,20	2,62	4,00	2,59	140,5	0,10
	Поступливість	4,15	3,96	4,85	4,22	179,5	0,57
	Довірливість	4,75	3,29	5,75	3,64	168,5	0,39
	Добросердність	6,05	2,70	7,05	2,76	156,5	0,23
	Чуйність	6,85	4,17	7,35	4,20	187,5	0,73
Я ідеальне	Домінантність	7,45	3,66	8,35	4,10	171,5	0,44
	Впевненість у собі	6,50	3,06	6,80	3,18	188,0	0,74
	Вимогливість	5,75	3,04	6,00	2,59	192,0	0,82
	Скептицизм	4,55	3,74	7,70	22,1	143,0	0,01
	Поступливість	3,80	3,70	8,60	21,97	187,0	0,05
	Довірливість	4,80	2,91	9,05	21,78	191,0	0,01
	Добросердність	6,05	3,81	7,15	2,92	159,5	0,27
	Чуйність	6,65	4,30	8,05	4,99	172,0	0,44

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.8, у поглядах студентів 5-го курсу щодо образу себе реального немає суттєвих відмінностей у поглядах юнаків та дівчат. І навпаки – образ себе ідеального юнаки та дівчата оцінюють по різному, спостерігаються статистично значущі відмінності ($p \leq 0,05$) за шкалами: «скептицизм» ($p \leq 0,01$), «поступливість» ($p \leq 0,05$), «довірливість» ($p \leq 0,01$). Образ «Я ідеальне» у дівчат є дещо суперечливим, оскільки вони бачать себе в майбутньому більш скептичними, недовірливими, але в той самий час більш поступливими та довірливими ніж хлопці. Ці дані можуть бути свідченням існування внутрішніх

суперечностей у становленні особистісної ідентичності дівчат, на користь стереотипного чи егалітарного образу.

Серед студентів 6 курсу не виявлено значущих відмінностей у показниках образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» (тест Т. Лірі) у юнаків та дівчат (див. додаток Б).

Таблиця 2.9

Кореляційний аналіз показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у інтернів 1-го року навчання за тестом Т. Лірі

Образ	Показники	Чол. (n = 10)		Жін. (n = 15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Я реальне	Домінантність	3,9	2,02	4,66	3,61	72,0	0,86
	Впевненість у собі	4,0	1,49	4,80	2,62	57,0	0,31
	Вимогливість	4,2	1,68	4,53	2,35	71,0	0,82
	Скептицизм	3,2	2,04	3,00	1,60	73,5	0,93
	Поступливість	3,0	2,21	5,06	4,33	61,5	0,45
	Довірливість	4,0	1,15	4,80	2,56	59,0	0,37
	Добросердність	3,4	1,77	5,53	3,06	42,5	0,07
	Чуйність	3,9	2,76	5,80	4,29	58,5	0,36
Я ідеальне	Домінантність	5,2	3,32	6,86	4,43	60,5	0,42
	Впевненість у собі	5,5	2,12	5,00	2,13	66,0	0,61
	Вимогливість	3,8	2,44	4,66	2,49	64,0	0,54
	Скептицизм	1,6	1,89	1,53	2,97	61,5	0,45
	Поступливість	3,6	1,42	3,13	2,94	50,0	0,16
	Довірливість	3,8	1,61	3,20	2,04	63,0	0,50
	Добросердність	5,3	2,75	6,20	3,05	57,5	0,33
	Чуйність	4,3	2,16	6,06	3,47	45,5	0,01

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.9, в оцінюванні себе (образ «Я реальне») не існує статистично достовірних відмінностей серед юнаків та дівчат інтернів 1-го року навчання. Лише з деякою тенденцією до статистичної значущості знаходяться показники інтернів за шкалою «добросердність» (дівчата мають вищі показники), тобто для дівчат риси добросердності мають більшого значення. У ідеалізованому образі погляди юнаків та дівчат статистино достовірно відрізняються ($p = 0,01$) за шкалою «чуйність». Дівчата бачать себе у майбутньому більш чуйними, емпатійними, альтруїстичними, делікатними,

безкорисливими, на відміну від оцінювання себе хлопцями, що свідчить про більшу значущість для особистісного самовизначення дівчат – емоційної сфери.

Таблиця 2.10

Кореляційний аналіз показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у інтернів 2-го року навчання за тестом Т. Лірі

Образ	Показники	Чол. (n = 10)		Жін. (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Я реальне	Домінантність	6,60	3,06	5,42	3,48	51,0	0,55
	Впевненість у собі	6,70	3,26	4,00	2,76	30,0	0,04
	Вимогливість	6,30	2,87	5,42	2,81	49,5	0,49
	Скептицизм	5,40	1,95	4,00	2,83	33,5	0,08
	Поступливість	4,80	2,82	5,42	2,61	59,0	0,95
	Довірливість	5,20	2,78	6,83	3,56	46,0	0,36
	Добросердність	6,10	2,80	6,83	3,59	55,5	0,77
	Чуйність	6,30	3,80	5,42	3,09	50,0	0,51
Я ідеальне	Домінантність	7,10	3,60	6,17	3,90	50,0	0,51
	Впевненість у собі	6,60	2,41	4,50	2,94	36,0	0,11
	Вимогливість	5,20	3,22	4,75	2,96	54,5	0,72
	Скептицизм	3,10	3,07	2,67	2,42	57,5	0,87
	Поступливість	4,00	2,98	3,92	2,74	58,5	0,92
	Довірливість	4,40	3,09	4,50	2,71	55,5	0,77
	Добросердність	5,70	3,50	6,25	3,64	52,0	0,59
	Чуйність	6,50	3,06	5,50	3,45	52,0	0,59

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.10, показники юнаків та дівчат інтернів 2-го року навчання за шкалою «впевненість у собі» статистично достовірно відрізняються ($p \leq 0,05$). Лікарі-інтерни чоловічої статі вважають себе більш впевненими у собі, незалежними ніж як оцінюють себе їх колеги жінки. За іншими шкалами у образах «Я реальне» та «Я ідеальне» відмінностей у показниках чоловіків та жінок не виявлено. Відповідно ідеалізовані особистісні образи юнаків і дівчат, які навчаються у інтернатурі є подібними, лікарі-інтерни бачать себе в майбутньому доміантними, впевненими у собі, але разом із тим чуйними та добросердними.

Кореляційний аналіз показників образу «Ідеальний лікар» і образу «Реальний лікар» (тест Т. Лірі) у студентів-медиків та інтернів чоловічої та жіночої статі наведено у таблицях 2.11 – 2.13 та у додатку Б.

Таблиця 2.11

**Кореляційний аналіз показників образу «Ідеальний лікар» і образу
«Реальний лікар» у студентів 2 курсу за тестом Т. Лірі**

Образ	Показники	Чол. (n = 16)		Жін. (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Ідеальний лікар	Домінантність	9,31	3,26	7,81	3,43	97,5	0,25
	Впевненість у собі	6,00	2,68	4,68	2,21	89,0	0,14
	Вимогливість	5,06	2,35	4,19	1,79	100,5	0,29
	Скептицизм	4,12	3,70	1,63	2,16	72,0	0,03
	Поступливість	3,25	1,48	2,13	2,09	73,0	0,03
	Довірливість	4,00	2,06	3,06	1,81	96,5	0,23
	Добросердність	6,81	3,58	6,63	2,96	126,0	0,93
	Чуйність	6,37	2,78	8,81	3,41	74,0	0,04
Реальний лікар	Домінантність	7,68	3,16	5,19	3,19	68,5	0,02
	Впевненість у собі	7,00	3,56	4,56	2,50	75,5	0,04
	Вимогливість	3,81	2,68	2,94	2,62	98,0	0,25
	Скептицизм	3,68	2,82	3,00	3,59	105,5	0,39
	Поступливість	4,93	2,51	3,44	2,66	80,0	0,07
	Довірливість	9,43	3,50	4,56	2,58	33,0	0,00
	Добросердність	7,31	2,84	5,63	3,36	89,5	0,14
	Чуйність	7,68	3,16	5,19	3,19	68,5	0,02

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.11, у поглядах студентів 2-го курсу щодо образу реального лікаря переважає орієнтація на традиційні образи чоловіка та жінки. Так студенти чоловічої статі розглядають образ реального лікаря як більш домінантного (навіть з тенденцією до авторитарності) порівняно із поглядами студентів жіночої статі ($p = 0,024$). Статистично достовірні відмінності у поглядах студентів чоловічої та жіночої статі щодо образу реального лікаря спостерігаються також за шкалою «впевненості у собі». З точки зору студентів чоловічої статі реальний лікар більш егоцентричний, впевнений у собі, на відміну від поглядів студенток жіночої статі ($p = 0,047$), а також за шкалою «поступливості», тобто на думку чоловіків реальний лікар більш добросовісно

виконує свої обов'язки, а от студентки жіночої статі не надають цій якості такого великого значення. За шкалою «довірливості» (схильності поступатись), з точки зору студентів чоловічої статі, реальний лікар є більш залежним, слухняним, на відміну від того, яким його уявляють студентки ($p=0,00$). Відмінності у поглядах студентів існують також за шкалою «чуйності», чоловіки вважають, що реальний лікар більш чуйний, здатний до піклування, на відміну від поглядів жінок ($p=0,024$).

У поглядах студентів-медиків чоловічої та жіночої статі 2-го курсу щодо ідеалізованого образу сучасного лікаря, існують істотні відмінності за шкалою «поступливість». Так студентки жіночої статі вважають, що лікар повинен бути більш альтруїстичним (делікатним, безкорисливим, дбайливим) на відміну від поглядів студентів чоловічої статі ($p = 0,04$). Студенти чоловічої статі більшого значення надають такій якості ідеального лікаря, як критичність (як якість особистості та мислення) до своєї особистості та до себе, а також до результатів своєї діяльності (шкала «скептицизм») ($p = 0,03$). Також існують суттєві статистично значущі відмінності у показниках юнаків та дівчат за шкалою «поступливості», яка інтерпретується як тенденція до чемного та чесного виконання своїх професійних обов'язків, у поглядах юнаків цей показник є вищим ($p = 0,03$). Відповідно в свідомості студентів, ідеальний лікар повинен бути більш відповідальним та ставитись до своїх професійних обов'язків з максимальною увагою. Можна припустити, що відмінність у поглядах студентів за цими шкалами зумовлена здебільшого бажанням студентів чоловічої статі бачити ідеального лікаря більш самостійним, незалежним у своїх діях, поглядах, оскільки ці якості традиційно вважаються маскулініними, тобто відповідають традиційному образу представника чоловічої статі. Також, з точки зору юнаків, лікар повинен бути менш жертковим та альтруїстичним, ніж як вважають студентки жіночої статі.

Таблиця 2.12

**Кореляційний аналіз показників образу «Ідеальний лікар» і образу
«Реальний лікар» у студентів 3 курсу за тестом Т. Лірі**

Образ	Показники	Чол. (n = 17)		Жін. (n = 18)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Ідеальний лікар	Домінантність	10,0	2,47	8,61	3,24	121,0	0,29
	Впевненість у собі	8,12	3,25	7,28	2,74	124,0	0,34
	Вимогливість	7,88	2,55	5,89	2,39	89,50	0,03
	Скептицизм	6,76	4,29	4,78	3,92	108,5	0,14
	Поступливість	7,11	3,64	5,33	4,39	111,5	0,17
	Довірливість	8,17	3,56	5,67	3,46	94,0	0,05
	Добросердність	9,00	2,97	7,44	3,27	109,0	0,14
	Чуйність	9,23	2,93	7,67	2,85	111,5	0,17
Реальний лікар	Домінантність	9,82	2,27	6,94	2,90	64,0	0,00
	Впевненість у собі	9,35	2,34	6,89	3,86	76,5	0,01
	Вимогливість	7,59	3,43	6,44	3,20	108,0	0,13
	Скептицизм	6,64	3,60	5,83	3,81	136,5	0,58
	Поступливість	7,76	4,67	6,33	3,36	124,0	0,33
	Довірливість	9,88	2,87	5,83	3,58	59,0	0,01
	Добросердність	8,18	2,19	4,94	4,14	77,0	0,01
	Чуйність	9,82	2,27	6,94	2,90	64,0	0,00

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.12, образ реального лікаря в уявленнях студентів 3-го курсу, як і серед студентів 2-го курсу, характеризується представниками чоловічої статі як більш домінантний (з тенденцією до авторитарності) ($p=0,00$) та більш егоцентричний, впевнений у собі (шкала «впевненість у собі») ($p = 0,01$). Разом із тим, юнаки вважають, що реальний лікар є більш довірливим (з тенденцією до залежності) ($p = 0,01$), добросердним ($p = 0,01$) і чуйним ($p = 0,00$), на відміну від того, як його бачать дівчата.

Образ ідеального лікаря в уявленнях студентів 3-го курсу серед представників чоловічої та жіночої статі різниться за шкалами «вимогливості» та «довірливості». Так, юнаки вважають, що сучасний лікар повинен бути більш агресивним, вимогливим ($p = 0,03$) та таким, що схильний поступатись. Дівчата, відповідно, бачать ідеального лікаря менш агресивним, але наполегливим та енергійним ($p = 0,03$), а також довірливим, ввічливим та м'яким ($p = 0,05$).

Таблиця 2.13

**Кореляційний аналіз показників образу «Ідеальний лікар» і образу
«Реальний лікар» у студентів 4 курсу тестом Т. Лірі**

Образ	Показники	Чол. (n = 19)		Жін. (n = 19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Ідеальний лікар	Домінантність	6,52	3,56	7,26	3,98	159,0	0,53
	Впевненість у собі	4,26	3,09	5,89	3,57	138,5	0,22
	Вимогливість	4,84	3,17	5,26	3,67	166,5	0,68
	Скептицизм	2,63	3,17	2,00	2,92	159,5	0,53
	Поступливість	2,84	3,45	3,00	2,33	149,5	0,36
	Довірливість	3,58	3,08	3,16	2,85	164,0	0,63
	Добросердність	5,84	3,97	7,05	3,53	146,0	0,31
	Чуйність	5,63	4,14	7,79	3,97	125,5	0,01
Реальний лікар	Домінантність	4,68	3,00	5,63	3,00	150,5	0,38
	Впевненість у собі	5,31	3,51	5,32	3,25	174,0	0,84
	Вимогливість	3,95	3,03	3,21	3,22	146,0	0,31
	Скептицизм	4,00	4,01	2,89	2,45	165,5	0,66
	Поступливість	4,32	3,45	3,10	2,68	143,5	0,28
	Довірливість	3,95	2,73	4,53	3,72	175,5	0,88
	Добросердність	3,26	3,41	4,32	3,97	161,5	0,57
	Чуйність	4,68	3,00	5,63	3,00	150,5	0,38

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.13, за шкалою «чуйність» серед студентів 4-го курсу спостерігається тенденція до значущості відмінностей ($p = 0,01$) у поглядах щодо образу ідеального лікаря. Студентки жіночої статі вважають, що лікар повинен бути безкорисливим, жертовним, делікатним, комунікабельним, прагнути допомагати іншим. За іншими шкалами суттєвих гендерних відмінностей у поглядах студентів-медиків 4-го курсу не спостерігається.

Результати кореляцій показників образів «Ідеальний лікар» і «Реальний лікар» (тест Т. Лірі) у поглядах юнаків та дівчат студентів 5-го та 6-го курсів та лікарів-інтернів не виявили суттєвих відмінностей (див. додаток Б).

Результати вимірювання показників маскулінності/фемінності (М/Ф) образу «Я –реальний» у студентів-медиків та інтернів (тест Т. Лірі) представлено у таблиці 2.14.

Таблиця 2.14

**Показники маскулінності (М)/фемінності (F) образу «Я-реальний»
студентів та інтернів за тестом Т. Лірі**

Курс	Маскулінність (М)				p ≤	Фемінність (F)				p≤
	Чол.		Жін.			Чол.		Жін.		
	М	δ	М	δ		М	δ	М	δ	
2-й	6,67	1,77	4,67	1,75	0,01	6,16	1,89	5,82	2,65	-
3-й	8,71	2,67	7,17	2,90	-	8,13	2,24	7,31	3,65	-
4-й	4,79	2,37	5,88	2,28	-	8,13	2,24	7,30	3,65	-
5-й	5,95	2,36	5,65	2,51	-	5,45	3,15	6,25	3,26	-
6-й	6,69	2,57	5,42	2,63	-	5,65	3,45	6,37	3,43	-
Інтерни 1-й р.	3,83	1,29	4,25	2,25	-	3,58	1,56	5,30	3,05	-
Інтерни 2-й р.	6,25	2,25	5,69	2,79	-	5,60	2,89	5,81	2,76	-

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.14, показники маскулінності (М) та фемінності (F) серед чоловіків та жінок за методикою Т. Лірі, за виключенням показника маскулінності у студентів 2-го курсу ($p \leq 0,01$), статистично не відрізняються. Очевидно, студенти 2-го курсу чоловічої статі (6,67) виявляють значно більше маскулінних ознак у своїй поведінці, ніж їх однокурсниці (4,67). Разом з тим, можна спостерігати, що у всіх респондентів чоловічої статі переважають маскулінні якості, а у респондентів жіночої статі – фемінні ознаки. Ці результати підтверджують виявлені статистичні взаємозв'язки між показниками за методиками С. Бем та Т. Лірі, які описані нижче.

Результати кореляційного аналізу показників гендерної ідентичності (IS) (С. Бем) та показників нормативної фемінності та маскулінності (F/M) (Т. Лірі) виявити статистично значущі відмінності. Так, існує тісний кореляційний зв'язок ($p \leq 0,01$) між показниками IS (С. Бем) із показниками F та показниками «домінування» (V) і «доброзичливість» (G) (Т. Лірі). Так, показник IS з тенденцією до фемінності позитивно корелює із показниками F та G, а показник IS з тенденцією до маскулінності – з показниками M та V (див. табл. 2.15).

Визначений кореляційний зв'язок наявний у юнаків тільки в образі «Я-реальний», а у дівчат в образах «Я-реальний» та «Я-ідеальний».

Таблиця 2.15

Показники інтеркореляцій між шкалами «домінування» (V)/ «доброзичливість» (G), фемінності (F)/ маскулінності (M) (Т. Лірі) та гендерної ідентичності (IS) (С. Бем) образу «Я-реальний», n= 226

	IS	IS	Я реальне			
			V	G	M	F
Я реальне		-	-0,35	0,46	-0,25	0,25
			$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$
	V	-0,35	-	-0,16	0,17	-0,25
		$p \leq 0,01$		$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$
	G	0,46	-0,16	-	-0,28	0,55
		$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$		$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$
	M	-0,25	0,17	-0,28	-	-0,58
		$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$		$p \leq 0,01$
	F	0,25	-0,25	0,55	-0,58	-
		$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	

Як видно з таблиці 2.15, майбутні лікарі жіночої статі є здебільшого прихильницями традиційних поглядів в оцінюванні себе, і, певне, переконані, що бути ідеальною означає проявляти у своїй поведінці більше тих ознак, які належать до нормативно фемінних (емоційність, експресивність, ніжність, чуйність, залежність тощо).

Наявність тісного кореляційного зв'язку ($p \leq 0,01$) визначених показників гендерних характеристик досліджуваних із показниками «домінування» і «доброзичливості» в оцінюванні образу «Я-реальний» за тестом Т. Лірі, свідчать про те, що досліджувані з високими показниками маскулінності виявляють більшою мірою тенденції домінування, а з показниками фемінності – тенденції доброзичливості як стилів міжособистісної взаємодії.

Отже, на думку майбутніх лікарів для того, щоб бути успішним у міжособистісному спілкуванні та професійній взаємодії, необхідно володіти такими рисами, які традиційно вважаються фемінними (чуйністю, добротою, турботливістю, співчуттям, залежністю, конформністю та ін.).

В таблиці 2.16 наведено кореляційний аналіз взаємозв'язків показників комунікативного компоненту професійної компетентності студентів-медиків та

інтернів (Т. Лірі) чоловічої та жіночої статі як факторів їх інтерперсональної поведінки у міжособистісній взаємодії.

Таблиця 2.16

**Кореляційні зв'язки показників комунікативного
компоненту професійної компетентності (за тестом Т. Лірі)
як факторів інтерперсональної поведінки майбутніх лікарів, n= 226**

Курс	Домінування (V)		p ≤	Доброзичливість (G)		p ≤
	чол.	жін.		чол.	жін.	
1	2	3	4	5	6	7
2-й	2,93	4,14	-	0,21	4,44	-
3-й	4,39	-0,93	0,01	0,42	0,46	-
4-й	-0,60	2,01	-	0,63	1,93	-
5-й	4,21	3,90	-	0,30	2,89	-
6-й	2,80	2,73	-	-0,005	2,93	0,05
Інтерни 1-й р.	1,39	1,56	-	-0,31	2,96	-
Інтерни 2-й р.	3,48	0,93	-	-0,62	3,85	-

Як видно з таблиці 2.16, статистично відмінними є показники «V» у студентів чоловічої та жіночої статі третього курсу ($p \leq 0,01$) та показники «G» на шостому курсі ($p \leq 0,05$). Розподіл показників провідних тенденцій міжособистісної взаємодії серед респондентів чоловічої статі яскраво свідчить про лідируючу тенденцію до домінування майже у всіх респондентів, окрім студентів четвертого курсу. Юнаки шостого курсу та інтерни другого року виявляють більшою мірою тенденцію домінування (2,80 і 3,48 відповідно) і повну відсутність прагнення до доброзичливості (-0,01 і -0,62 відповідно). У юнаків інтернів першого року навчання спостерігається менша тенденція домінування (1,39), разом з тим вираженою є відсутність тенденції доброзичливості (-0,31). Переважання тенденції домінування у міжособистісному спілкуванні у юнаків визначених груп може вказувати на відсутність навичок діалогічної взаємодії, доброзичливості, спрямованості на партнера у спілкуванні, прагненні до домінуючої ролі у спілкуванні, а отже високу ймовірність конфліктності. Інакшу картину спостерігаємо у студентів четвертого курсу, у юнаків виражена відсутність тенденції домінування (-0,60) і деякий прояв тенденції доброзичливості (0,63). Показник тенденції

домінування починає зростати на третьому курсі, він є найбільшим саме у юнаків третього курсу (4,39). Студенти четвертого курсу виявляють повну відсутність визначеної тенденції (-0,60).

Отже, результати отриманих показників тенденцій «V» та «G» серед представників чоловічої статі дозволяють констатувати, що у більшості з них (окрім студентів четвертого курсу) переважаючою тенденцією у міжособистісній взаємодії є домінування, разом з тим відсутнє прагнення до доброзичливості, що свідчить про наявність певних труднощів у встановленні ефективної взаємодії з оточуючими, а отже, є показником недостатнього рівня розвитку їх комунікативного компоненту професійної компетентності. Оскільки, збільшення показників тенденції домінування серед студентів-медиків чоловічої статі відбувається на третьому курсі, вважаємо, що саме на цьому етапі професійного навчання доцільне використання спеціальних корекційних впливів щодо розвитку комунікативного компоненту професійної компетентності майбутніх лікарів за допомогою методів інтерактивного навчання.

Найбільш сприятливу картину розвитку комунікативного компоненту спостерігаємо серед студентів чоловічої статі другого курсу, на відміну від юнаків інших курсів навчання. Юнаки визначеної категорії характеризуються гармонійним поєднанням маскулінних (6,67) та фемінних (6,16) ознак, у них більшою мірою виявляється тенденція «V» (9,50) і меншою мірою – тенденція «G» (2,96). У досліджуваних цієї групи переважає владно-лідуючий стиль міжособистісної взаємодії, який характеризується проявом оптимістичності, високої активності, мотивацією до досягнення успіху, підвищеним рівнем вибагливості, гомономністю (тобто орієнтацією переважно на власну думку і мінімальну залежність від зовнішніх середовищних чинників), екстравертованістю. Але разом з тим, у них виражена тенденція до спонтанної самореалізації. Таким людям властиве значно рідше висловлювати невдоволення своїм характером і міжособистісними стосунками, однак у них

відзначається тенденція до удосконалення свого стилю міжособистісної взаємодії з оточенням.

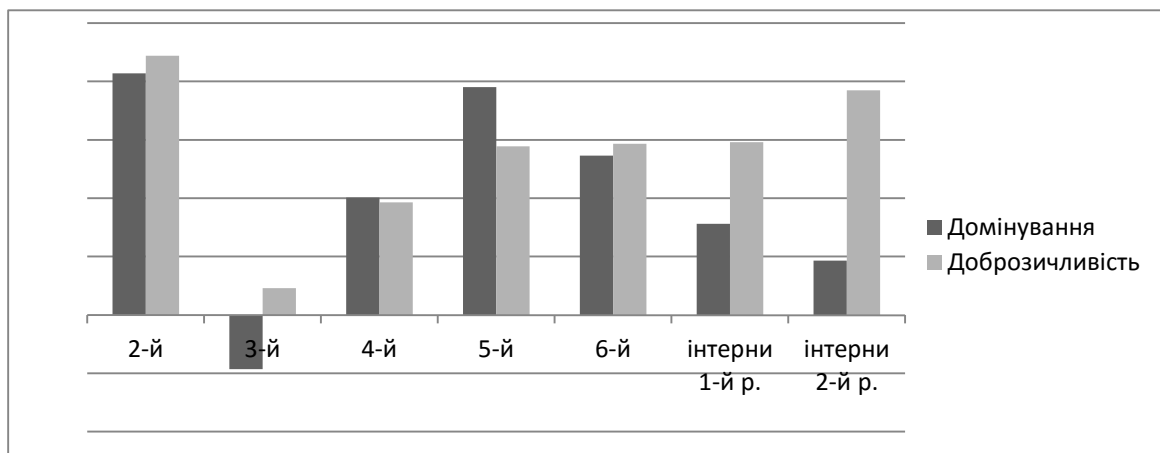


Рис. 2.4. Показники тенденцій «домінування» та «доброзичливість» (за тестом Т. Лірі) у студентів і інтернів жіночої статі.

Як видно з рисунку 2.4, для жіночої групи досліджуваних, на відміну від чоловіків, характерною є тенденція доброзичливості як фактор інтерперсональної поведінки. Так, для дівчат другого, четвертого та шостого курсів співвідношення показників тенденцій «V» та «G» рівномірно, що характеризує однакову їх імовірність використання у міжособистісній взаємодії. Провідною для жінок лікарів-інтернів, є тенденція доброзичливості, що характеризує використання достатньо гармонійного для медичної діяльності стилю міжособистісної взаємодії у їх професійному і міжособистісному спілкуванні. Низький рівень тенденції «G» (0,46) виявляють студентки 3 курсу, разом із тим показник тенденції «V» (-0,93) у них є від'ємним, тобто не виявляється зовсім. Таке співвідношення показників визначених тенденцій може бути свідченням відсутності з боку визначеної категорії респондентів, активності у спілкуванні, наявності певних труднощів у міжособистісній взаємодії, а отже характеризують низький рівень розвитку їх комунікативних навичок, що потребує проведення спеціальних корекційних заходів. Важливим є те, що показники тенденції домінування у дівчат, починають візуально зменшуватись з шостого курсу, а показники тенденцій доброзичливості – збільшуватись, досягаючи максимуму в дівчат інтернів другого року навчання.

Так, визначені показники стилів міжособистісної взаємодії у досліджуваних свідчать про те, що визначаючою тенденцією у юнаків є домінування (окрім студентів четвертого курсу). Тенденція доброзичливості у них представлена незначною мірою, а у юнаків шостого курсу та інтернів повністю відсутня. А у дівчат провідною тенденцією міжособистісного спілкування є доброзичливість. Найбільш високі показники визначеної тенденції характерні для дівчат, що навчаються в інтернатурі. Показники тенденції домінантності найбільше виявляють юнаки студенти третього курсу, на відміну від їх однокурсниць дівчат, із статистично достовірною відмінністю на рівні $p \leq 0,01$. І навпаки, показники тенденції доброзичливості на шостому курсі у дівчат статистично достовірно відрізняються ($p \leq 0,05$) від цих самих показників у юнаків.

Отже, на відміну від респондентів чоловічої статі, переважна більшість досліджуваних жіночої статі підтримують у міжособистісній взаємодії доброзичливий стиль спілкування.

Визначені показники тенденцій «домінування» та «доброзичливості» дозволяють констатувати недостатній рівень сформованості комунікативного компоненту професійної компетентності майбутніх лікарів чоловічої статі (із переважанням тенденції домінування у юнаків на третьому курсі) та низький рівень його розвитку у студенток третього курсу.

Гендерні особливості ідентифікації із майбутньою професією лікаря ми визначали за допомогою проведення порівняльного аналізу образів «Я-реальний», «Я-ідеальний», «Ідеальний лікар» (за тестом Т. Лірі) у досліджуваних чоловічої та жіночої статі. Показники кореляцій за шкалами тесту Т. Лірі в образах «Я-реальний» та «Ідеальний лікар» виявляють тісний позитивний зв'язок майже із всіма показниками у досліджуваних чоловічої та жіночої статі (див. додаток Б). Визначені образи у досліджуваних є подібними, за виключенням шкали «скептицизм». Відповідно ті риси, які вони бачать у собі, на їх думку, повинні виявлятися і у лікаря в ідеальному варіанті. Інакшу картину спостерігаємо у порівнянні образів «Я-ідеальний» та «Ідеальний лікар» досліджуваних.

Порівняльний аналіз гендерних відмінностей у поглядах студентів-медиків чоловічої та жіночої статі щодо образу ідеального лікаря представлено в таблиці 2.17 та в додатку Б.

Таблиця 2.17

Образ ідеального лікаря в уявленнях студентів-медиків (Т. Лірі), n= 175

Шкали (якості)	2 курс		p ≤	3 курс		p ≤	4 курс		p ≤	5 курс		p ≤	6 курс		p ≤
	ч	ж		ч	ж		ч	ж		ч	ж		ч	ж	
I	9,3	7,8	-	10,0	8,6	-	6,5	7,3	-	7,4	8,1	-	7,2	7,8	-
II	6,0	4,7	-	8,1	7,3	-	4,3	5,9	-	5,7	5,8	-	5,3	5,6	-
III	5,1	4,2	-	7,9	5,9	0,05	4,8	5,3	-	4,6	4,9	-	4,4	4,6	-
IV	4,1	1,6	0,05	6,8	4,8	-	2,6	2,0	-	3,5	2,7	-	2,6	2,7	-
V	3,3	2,1	0,05	7,1	5,3	-	2,8	3,0	-	3,7	3,5	-	3,8	3,6	-
VI	4,0	3,1	-	8,2	5,7	0,05	3,6	3,2	-	4,8	4,3	-	4,6	4,4	-
VII	6,8	6,6	-	9,0	7,4	-	5,8	7,1	-	5,7	6,9	-	5,2	6,4	-
VIII	6,4	8,8	0,05	9,2	7,7	-	5,6	7,8	0,06 [~]	6,4	8,3	-	6,2	6,8	-

Примітки: I – домінантність; II – впевненість у собі; III – вимогливість; IV – скептицизм; V – поступливість; VI – довірливість; VII – добросердність; VIII – чуйність; [~] - тенденція до статистичної залежності.

Як видно з таблиці 2.17, статистично значущі відмінності у поглядах юнаків та дівчат стосовно образу ідеального лікаря спостерігаються у студентів другого та третього курсів. Визначені відмінності у поглядах юнаків та дівчат другого курсу, виявляються за шкалами «скептицизм», «поступливість», «чуйність», а у третього курсу – за шкалами «вимогливість» та «довірливість». Середні показники за шкалою «чуйність» (8,8) у дівчат другого курсу визначають образ ідеального лікаря як співчуваючого, навіть жертвовного, який прагне допомагати і приймати на себе відповідальність за інших. А середні показники за цією шкалою у юнаків (6,4), визначають образ ідеального лікаря, який володіє такими якостями, як чуйність, дбайливість, альтруїстичність, делікатність, безкорисливість. Також юнаки вважають, що образ ідеального фахівця з медицини в більшому ступені повинен бути представлений такими якостями особистості, як критичність, реалістичність, неконформність, недовірливість (шкала «скептицизм»; середнє – 4,1), дівчата цим якостям особливого значення не надають (середнє – 1,6). За шкалою «поступливість», на думку юнаків, ідеальними якостями лікаря є сором'язливість, емоційна

стриманість, схильність до чесного виконання своїх професійних обов'язків (середнє – 3,3); дівчата також визначають ці якості як ідеальні у лікаря, але надають їм меншого значення (середнє – 2,1). За показниками інших шкал, ідеальний професіонал з медицини виявляється студентам другого курсу як такий, що володіє достатньо високим рівнем авторитарності, оптимістичності, високою активністю, мотивацією до досягнення успіху, екстравертованістю, впевненістю та добросердністю.

Юнаки третього курсу акцентують увагу на таких якостях ідеального лікаря, як агресивність, безпосередність, енергійність, наполегливість у досягненні мети, (за шкалою «вимогливість»; середнє – 7,9), дівчата бачать ідеального лікаря менш агресивним, але також наполегливим та енергійним (середнє – 5,9). За середніми показниками юнаків третього курсу (8,2) за шкалою «довірливість», лікар повинен бути залежним в міжособистісних стосунках, слухняним, конформним; на думку дівчат, ідеальними якостями лікаря є довірливість, ввічливість, м'якість, схильність до захоплення оточуючими (середнє – 5,7). Такий образ ідеального лікаря, яким його бачать юнаки третього курсу, нам виявляється дещо суперечливим, оскільки бути агресивним, енергійним, наполегливим, і одночасно конформним, залежним слухняним практично не можливо. Це свідчить про те, що визначена група досліджуваних ще немає чіткого уявлення образу майбутнього професіоналу, і характеризує особливості їхнього процесу професійної ідентифікації.

У студентів старших курсів гендерних відмінностей у поглядах відносно образу ідеального лікаря не виявляється. Лише за шкалою «чуйність» серед студентів четвертого курсу спостерігається тенденція до значущості відмінностей у поглядах щодо образу ідеального лікаря. Студенти чоловічої статі вважають, що лікар повинен бути чуйним, делікатним, комунікабельним, прагнути допомагати іншим (середнє – 5,63), а студенти жіночої статі – що він має бути безкорисливим, більш уважним і терплячим до недоліків інших людей (середнє – 7,79).

В загальному образ ідеального лікаря для студентів четвертого курсу – це образ, який є більше домінантним, впевненим у собі, вимогливим, менше скептичним, поступливим і довірливим, на відміну від того, як його бачать студенти молодших курсів, але достатньо добросердним та чуйним. Подібний образ ідеального лікаря вбачають студенти п'ятого курсу, за виключенням більш високих показників у дівчат за шкалами «домінантність» (середнє – 8,1) та «чуйність» (середнє – 8,3). Образ ідеального лікаря в поглядах студентів шостого та четвертого курсів є подібним.

Образ ідеального лікаря в уявленнях лікарів-інтернів чоловічої та жіночої статі 1-го та 2-го року навчання за результатами тесту Т. Лірі не виявляє статистично значущих відмінностей. Видимою різницею у поглядах дипломованих спеціалістів щодо образу ідеального лікаря є те, що юнаки інтерни, які навчаються другий рік, більшого значення, ніж юнаки інтерни першого року надають такій якості, як чуйність (див. додаток Б). Що може бути свідченням їх ідеалізованого бажання розвивати у себе ці якості.

З метою визначення особливостей професійної ідентифікації студентів-медиків та інтернів ми провели якісний аналіз подібності образу «Я-реальний» майбутніх фахівців з медицини з їхніми уявленнями про ідеал та образ типового професіоналу з медицини в реальному та ідеальному відношеннях. Для наочності визначені образи ми представили у вигляді дискограм, які зображають профільні оцінки певних стилів міжособистісної взаємодії (тест Т.Лірі). Кінці векторів діаграми утворюють особистісний профіль визначеного образу діагностики («Я-реальний», «Я-ідеальний», «Лікар-ідеальний», «Лікар-реальний») у досліджуваних майбутніх лікарів жіночої та чоловічої статі (див. рис. 2.5 – 2.18).

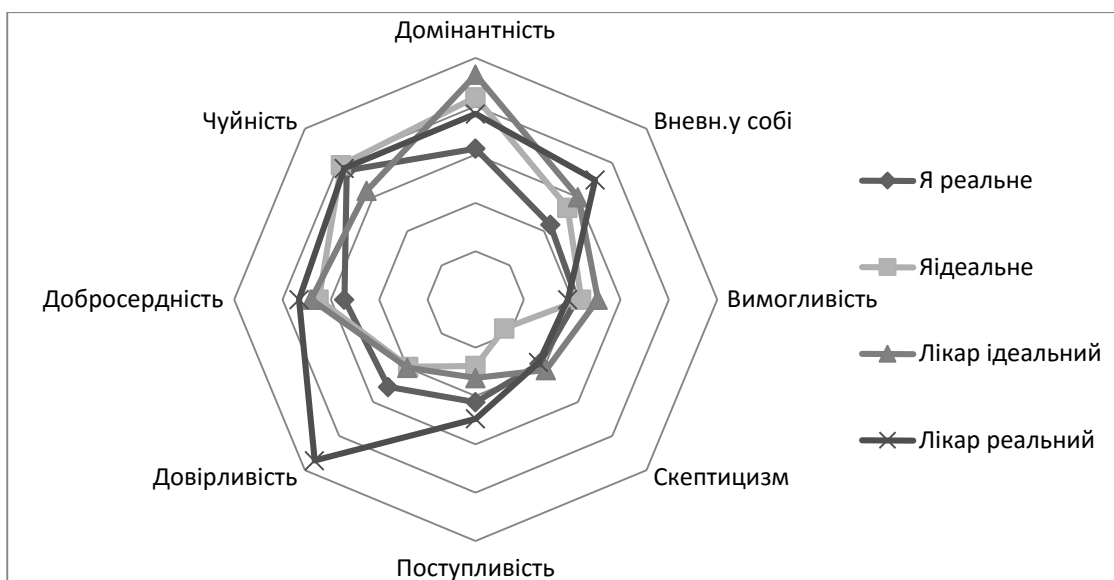


Рис. 2.5. Діскограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 2 курсу чоловічої статі.

Як видно з рисунку 2.7, студенти 2-го курсу чоловічої статі за шкалою «домінантність» визначають у образах «Я-реальне», «Я-ідеальне» і «Лікар реальний» такі якості: впевненість у собі, наполегливість, а в образі ідеального лікаря – домінантність, енергійність і компетентність. За шкалою «чуйність» у визначених образах, юнаки визначають наступні якості: відповідальність по відношенню до людей, м'якість, доброту, безкорисливість і жертвність. За шкалою «добросердність» – схильність до співпраці, схильність до компромісного рішення в конфлікті, дружність.

Образ реального лікаря у поглядів юнаків визначається такими рисами як боязкість, невміння сперечатися та робити супротив, напротивагу, образ ідеального лікаря, на їхню думку характеризується рисами, які традиційно вважаються фемінними (конформність, м'якість, довірливість, залежність, слухняність). Реальний лікар, на думку респондентів є більш (шкала «поступливість») схильний до підкорення, слухняності, критичний, з більшим негативізмом та впертістю (шкала «скептицизм») ніж образ лікаря в їх ідеальному уявленні.



Рис. 2.6. Діаграма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 2 курсу жіночої статі.

Як видно з рисунку 2.6, у поглядах студенток жіночої статі 2-го курсу Образи ідеального лікаря та «Я ідеальний», в першу чергу мають характеризуватись чуйністю (шкала «чуйність»), відповідно володіти таким якостями як відповідальність по відношенню до людей, м'якість, доброта, безкорисливість і жертвність, а також добросердними (шкала «добросердність»), тобто такими, що схильні до співпраці та компромісів, дружніми. Ідеальний лікар також має бути менш схильним до підкорення та конформізму (шкала «поступливість»), ніж яким є в їхніх уявленнях реальний лікар. Образ ідеального лікаря та образ «Я-ідеальний» значно різняться, відтак себе студентки бачать як більш критичних та впертих (шкала «скептицизм»), менш конформних, довірливих та залежних (шкала «довірливість»), більш вимогливими до себе (шкала «вимогливість до інших»), тобто більш впертими, непримиримими, більш впевненими у собі (шкала «впевненості у собі»), тобто хочуть бути більш самовпевненими, вміти конкурувати, ніж те, яким вони бачать ідеального лікаря. Така відмінність є характерною для студентів молодших курсів, оскільки образ ідеального професіоналу з медицини на даному етапі професійного навчання тільки починає формуватись.

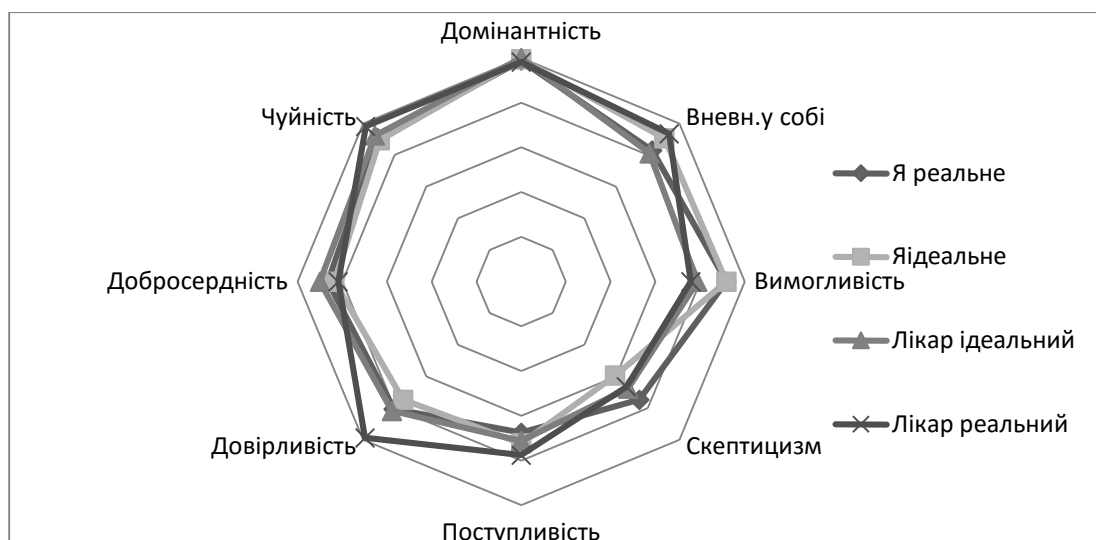


Рис. 2.7. Діскограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 3 курсу чоловічої статі.

Як видно з рисунку 2,7, студенти-медики 3-го курсу чоловічої статі, в образах «Я-реальне», «Я-ідеальне», «Лікар реальний», і «Лікар ідеальний» виявляють найбільш значущими якості, які характеризують шкалу «домінантність» (домінантність, енергійність, компетентність, авторитетність як лідера, успішність у справах, любов до надання порад, вимагання до себе поваги). Ідеальний лікар в уявленнях юнаків повинен бути менш впевненим у собі (шкала «впевненість у собі»), ніж вони бачать себе в ідеальному образі. Разом з тим ідеальний лікар повинен бути менш довірливим (шкала «довірливість»), ніж, як бачать юнаки, реальний лікар.

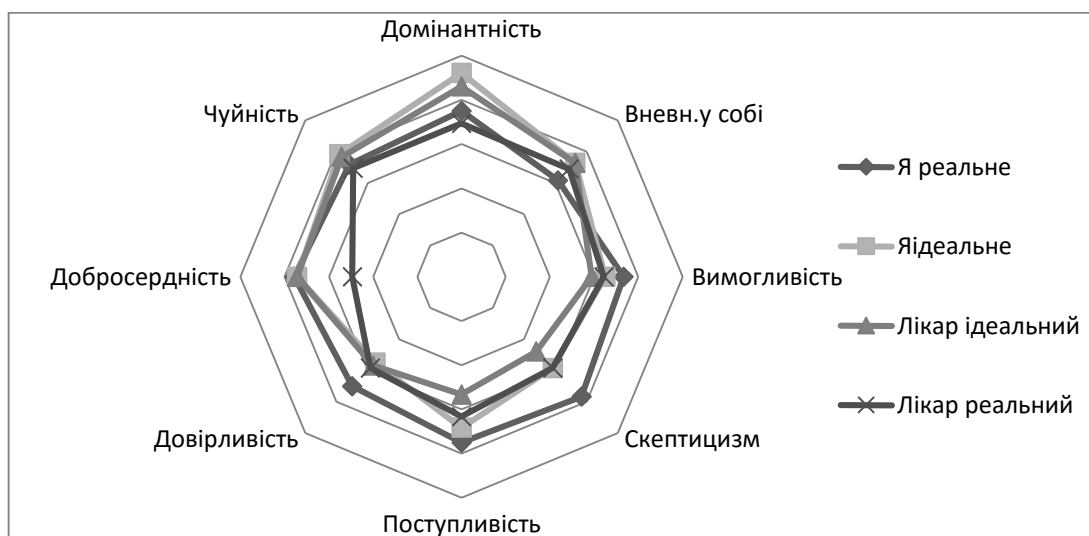


Рис. 2.8. Діскограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 3 курсу жіночої статі.

Як видно з рисунку 2.8, дівчата, студентки 3-го курсу в образах «Я-ідеальне» і «Лікар ідеальний» домінантними є такі якості, як домінантність, енергійність, компетентність, авторитетність як лідера, успішність у справах, любов до надання порад, вимагання до себе поваги (шкала «домінантність»). На думку респондентів ідеальний лікар повинен бути більш добросердним (шкала «добросердність»), ніж яким вони бачать лікаря в реальності. Тобто таким, який схильний до співробітництва, кооперації, гнучкості й компромісів при вирішенні проблем і в конфліктних ситуаціях, таким, що прагне бути у згоді з думкою оточуючих, свідомим у проявах конформності, наслідування умовностей, правил і принципів «хорошого тону» у відносинах з людьми, ініціативним у досягненні цілей, прагне допомагати, відчувати себе в центрі уваги, з бажанням мати визнання і любов, товариський, дружелюбний у відносинах. Себе дівчата бачать як більш скептичних (шкала «скептицизм»), довірливими (шкала «довірливість») та поступливими (шкала «поступливість»), тобто таких, що є критичними по відношенню до соціальних явищ і оточуючих людей, конформними, м'якими, боязкими, здатні підкорятися, ніж, як вони вважають, повинен бути ідеальний лікар.

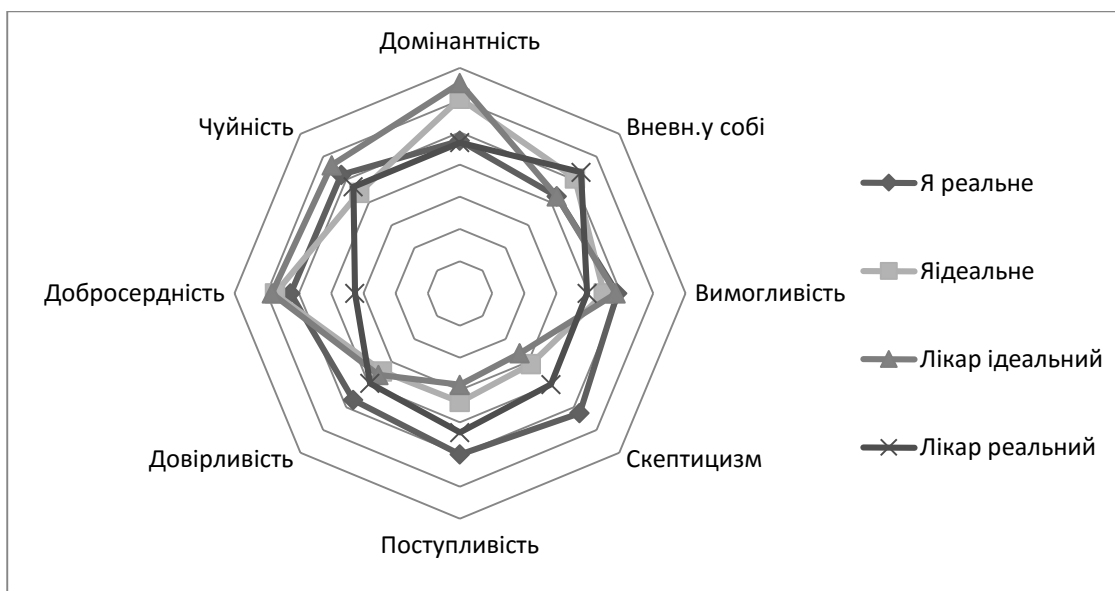


Рис. 2.9. Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 4 курсу чоловічої статі.

Рисунок 2.9, демонструє результати, згідно яких образ ідеального лікаря та ідеалізований власний образ, в уявленнях юнаків студентів-медиків 4-го курсу майже тотожні, окрім результатів за шкалою «чуйність». Відповідно ідеальний лікар, на думку респондентів повинен бути більш відповідальним по відношенню до людей, делікатним, м'яким та добрим, проявляти співчуття, симпатію, турботу, ніжність, вміти підбадьорити і заспокоїти оточуючих, безкорисливим і чуйним, ніж вони бачать себе в ідеальному образі. Що свідчить про ще недостатній рівень розвитку професійної ідентифікації студентів-медиків 4-го курсу. Образи «Лікар реальний» і «Лікар ідеальний» не співпадають майже за всіма шкалами, тобто є абсолютно різними в уявленнях юнаків. Так само як й їх однокурсниці дівчата (див. рис. 2.10), вони вважають, що ідеальний лікар повинен бути більш добросердним (шкала «добросердність») ніж реальний лікар (схильний до співробітництва, кооперації, гнучкості й компромісів, прагне бути у згоді з думкою оточуючих, свідомим у проявах конформності, наслідування умовностей, правил і принципів «хорошого тону» у відносинах з людьми, ініціативним у досягненні цілей, прагне допомагати, відчувати себе в центрі уваги, товариський, дружелюбний у відносинах).

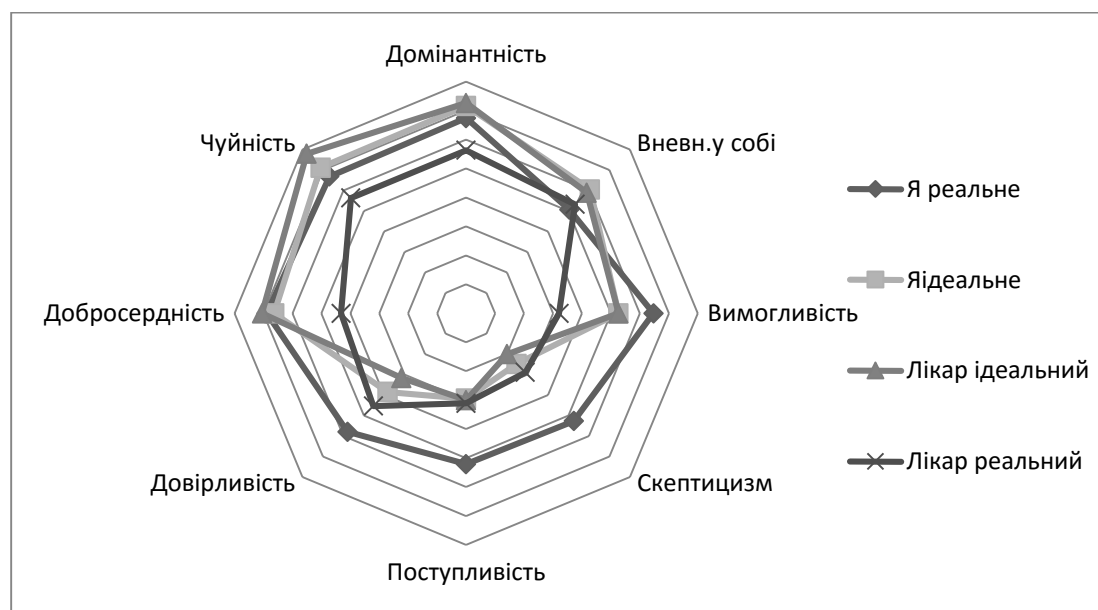


Рис. 2.10. Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 4 курсу жіночої статі.

Як видно з рисунку 2.10, в уявленнях студенток жіночої статі, які навчаються на 4-му курсі образи «Я-ідеальне» та «Лікар ідеальний» майже подібні, окрім незначної відмінності в оцінюванні за шкалою «чуйність». Ідеальний лікар, на думку респонденток має бути більш відповідальним по відношенню до людей, делікатним, м'яким, добрим, емпатійним, проявляти симпатію, турботу, ніжність, безкорисливість та чуйність, ніж як вони бачать себе в ідеальному відношені. Себе вони бачать як більш скептичних (шкала «скептицизм»), поступливих (шкала «поступливість»), довірливих (шкала «довірливість»), ніж те, якими би вони хотіли би бачити себе в майбутньому, і відповідно, якими бачать образ ідеального професіоналу з медицини.

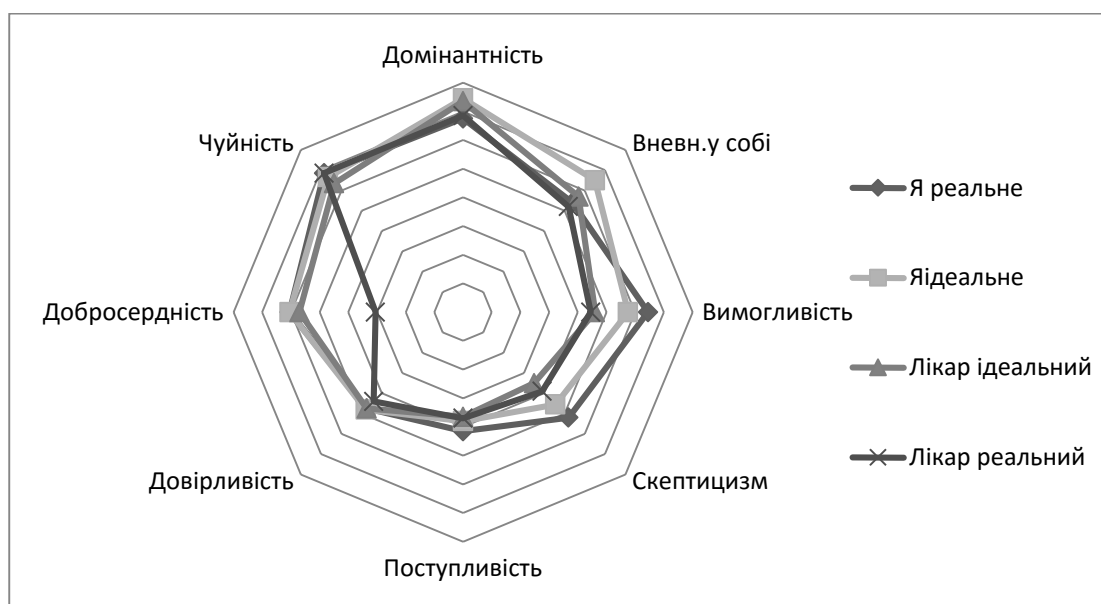


Рис. 2.11. Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 5 курсу чоловічої статі.

Як видно з рисунку 2.11, на думку юнаків, які навчаються на 5-му курсі образи «Я-ідеальне» та «Лікар ідеальний» відрізняються за шкалами «скептицизм», «вимогливість» та «впевненість у собі». Отже, ідеальний лікар повинен бути менш критичним, упертим, завзятим, егоїстичним, схильним до суперництва, ніж вони бачать себе в майбутньому. Також ідеальний образ професіоналу з медицини, на думку респондентів, повинен характеризуватись значною добросердністю, на відміну від того, як вони оцінюють реального медичного працівника.

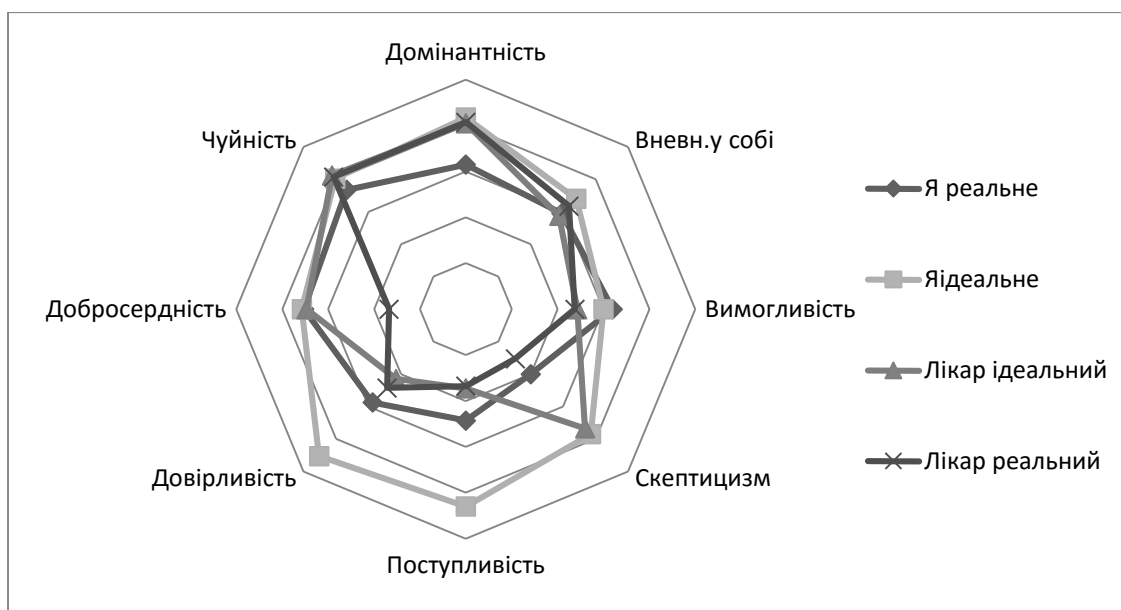


Рис. 2.12. Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 5 курсу жіночої статі.

Як видно з рисунку 2.12, в уявленнях студенток 5-го курсу образи «Я-ідеальне» та «Лікар ідеальний» співпадають за шкалами «домінантність», «чуйність», «добросердність». Відповідно дівчата ідентифікують себе в майбутньому з образом професіоналу, який володіє такими важливими для лікаря якостями як впевненість у собі, наполегливість, відповідальність, делікатність, м'якість, доброта, емоційне співчуття, симпатія, турбота, ніжність, вміння підбадьорити і заспокоїти, безкорисливість, чуйність, схильність до співробітництва, кооперації, гнучкість і компромісність, ініціативність, прагнення допомагати, товариськість. За іншими шкалами і цих образах спостерігається значна відмінність. Так, дівчата вважають, що ідеальний лікар повинен бути менш скептичним та критичним (шкала «скептицизм»), поступливим, здатним до підкорення, скромним (шкала «поступливість»), довірливим, конформним (шкала «довірливість»), ніж якими би вони хотіли бачити себе в майбутньому. Так само як їхні однокурсники юнаки вони бажають бачити ідеального лікаря більш добросердним, схильним співробітництва, кооперації, гнучкості та компромісності при вирішенні проблем і в конфліктних ситуаціях, ніж якими вони бачать реального медичного фахівця.

Розподіл показників стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики серед юнаків та дівчат студентів 6-го курсу є приблизно однаковим (див. рис. 2.13. і 2.14).

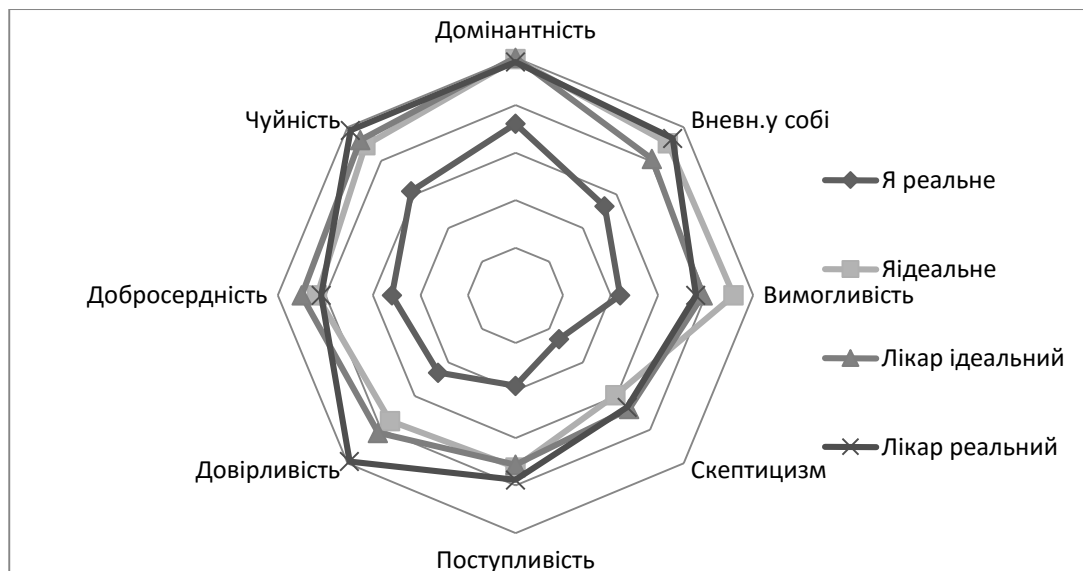


Рис. 2.13 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 6 курсу чоловічої статі.

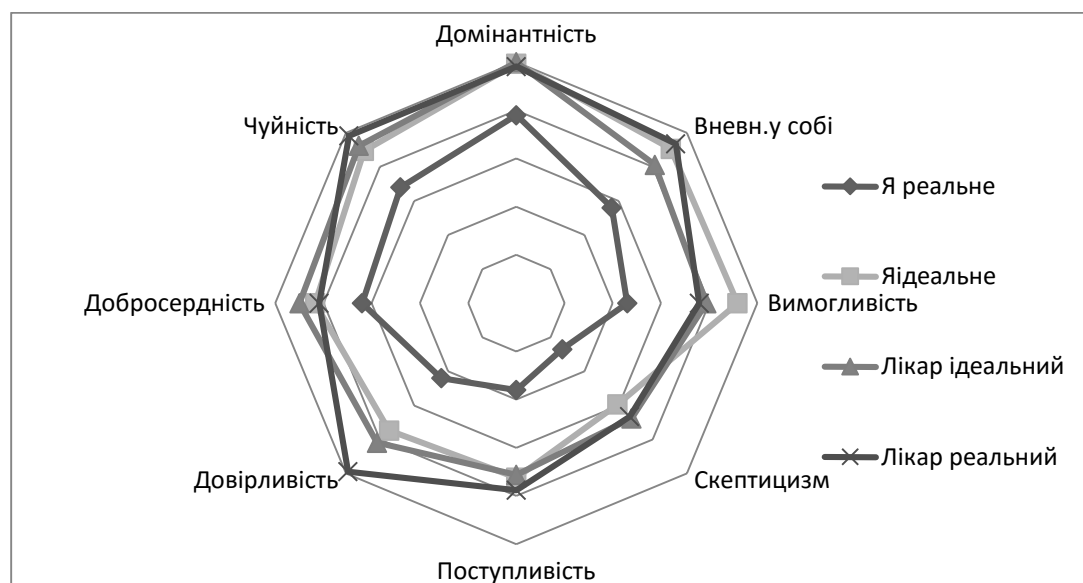


Рис. 2.14 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 6 курсу жіночої статі.

Так, у юнаків та дівчат студентів 6-го курсу образи «Лікар ідеальний» та «Я-ідеальне» співпадають за шкалами «домінантність», «чуйність», «поступливість», «довірливість», «добросердність». Поряд з тим, студенти старших курсів вважають, що ідеальний лікар повинен бути менш скептичним та

вимогливим до себе та інших, ніж вони хотіли би бути в майбутньому. Образ «Лікар реальний», в уявленнях респондентів є дещо суперечливим, оскільки поряд з такими якостями як слухняність, боязкість, безпорадність, не вміння проявляти опір, віра, що інші завжди праві (шкала «довірливість»), домінантність, наполегливість (шкала «домінантність») реальний лікар є делікатним, м'яким, добрим, емпатійним, турботлими, ніжним, бескорисливим і чуйним (шкала «чуйність»).

Розподіл показників стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики серед лікарів-інтернів першого та другого року навчання серед чоловіків та жінок представлений на рис. 2.15 – 2.18.

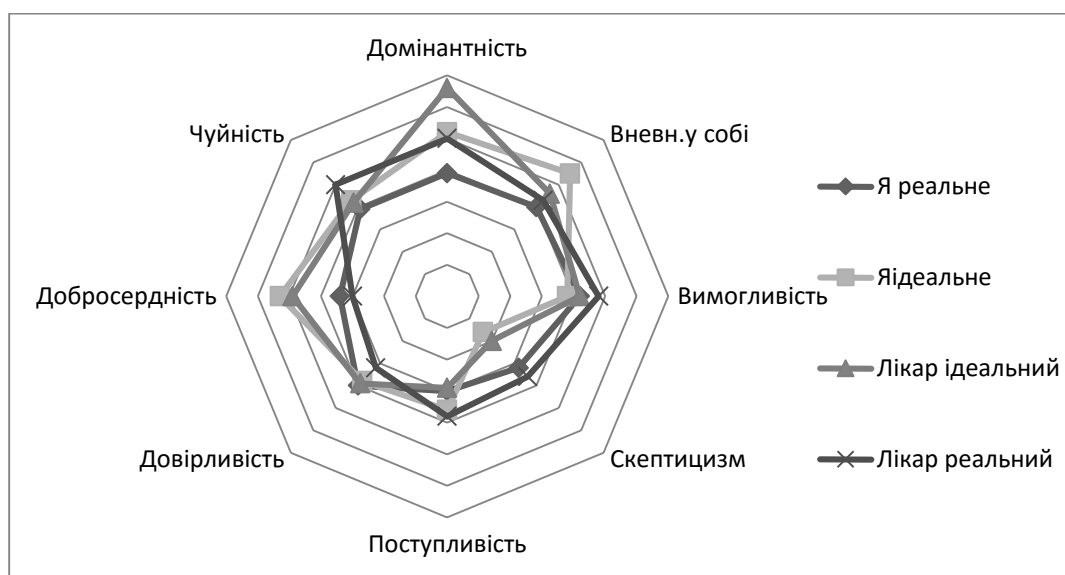


Рис. 2.15. Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів чоловічої статі першого року навчання.

В уявленнях юнаків інтернів першого року навчання ідеальний лікар повинен бути більш домінантним, впевненим у собі, ніж вони бачать себе в майбутньому, а в уявленнях дівчат, ці два образи повністю співпадають, в яких ідеальний лікар повинен бути більш чуйним, ніж як його бачать юнаки (див. рис. 2.16). Разом з тим, в уявленнях і жінок, і чоловіків образ ідеального лікаря та образ себе у майбутньому характеризуються меншим скептицизмом, критичністю до себе та інших, ніж якими вони бачать себе та образ реального лікаря.

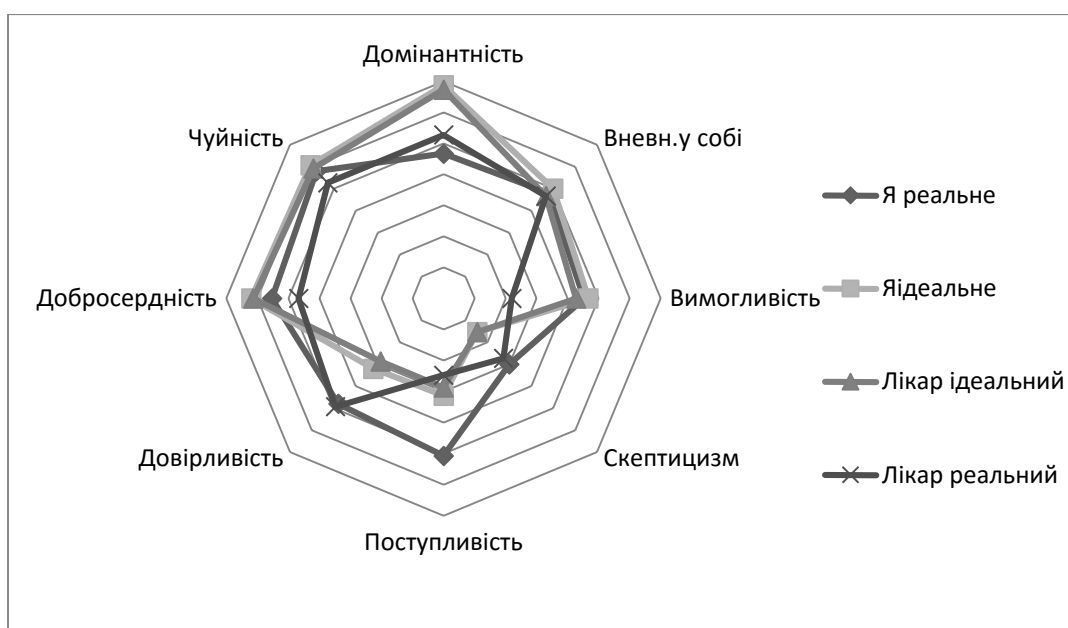


Рис. 2.16. Діскограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів жіночої статі першого року навчання.

Розподіл показників стилів міжособистісної взаємодії серед лікарів-інтернів другого року навчання чоловічої статі і жіночої статі представлений на рисунках 2.17 та 2.18.

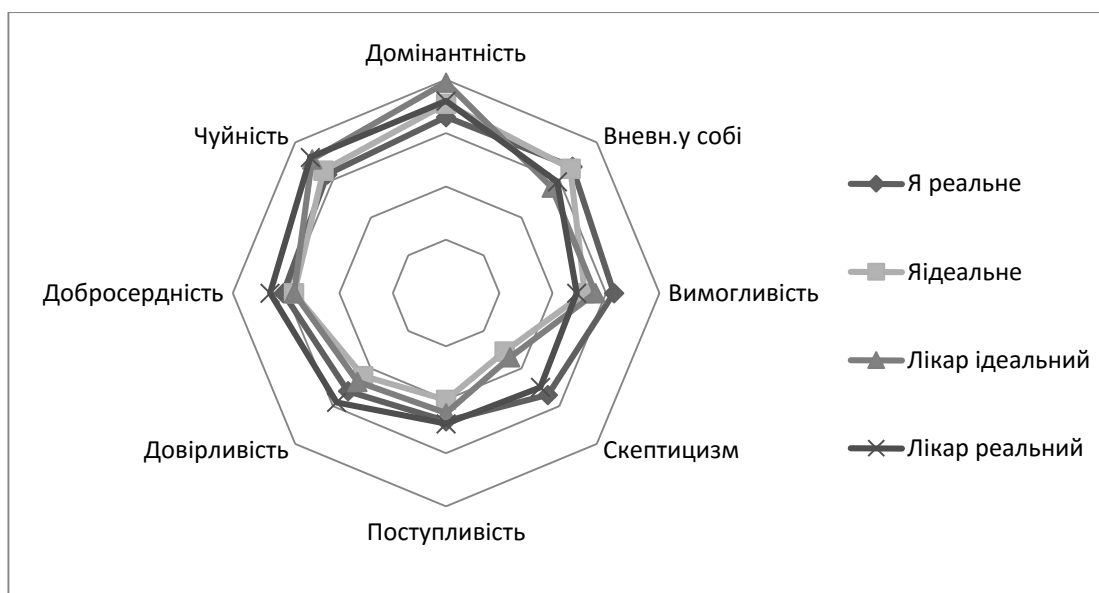


Рис. 2.17. Діскограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів чоловічої статі другого року навчання.

Як видно з рисунку 2.17, в уявленнях лікарів-інтернів чоловічої статі другого року навчання образи «Я-реальне» та «Лікар ідеальний» співпадають, тобто респонденти повністю ідентифікують себе з ідеальним образом

професіоналу з медицини. Так само майже подібними є образи «Я-реальне» та «Лікар реальний». На думку юнаків, ідеальний лікар повинен бути менш скептичним, ніж вони оцінюють себе та образ реального лікаря.

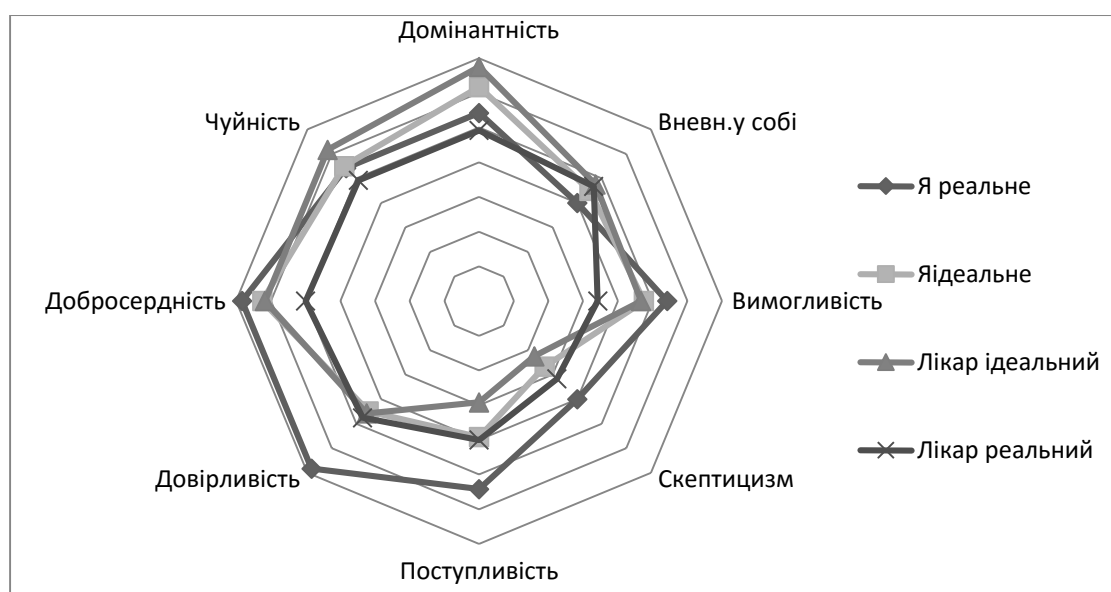


Рис. 2.18. Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів жіночої статі другого року навчання.

Як видно з рисунку 2.18, інтерни жіночої статі другого року навчання образи «Я-реальне», «Я-ідеальне», «Лікар реальний», і «Лікар ідеальний» є різними. Ідеалізовані образи себе та професіоналу з медицини у них відрізняються лише за шкалою «поступливість». Відтак респондентки вважають, що ідеальний лікар повинен бути менш поступливим, скромним, боязким, здатним до підкорення, ніж вони бачать себе у майбутньому.

Юнаки та дівчата лікарі-інтерни другого року навчання, так само як й студенти старших курсів та лікарі-інтерни першого року навчання вони вважають, що ідеальний лікар повинен бути домінантним, добросердним, чуйним, а також менш скептичним, недовірливим та критичним, на відміну від існуючого образу лікаря.

Отже, результати, представлені у дискограмах на рисунках 2.15, 2.16, 2.17 і 2.18 з міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних інтернів першого і другого року навчання чоловічої і жіночої статі відіносно подібні.

З метою діагностики наявності або відсутності ірраціональних установок у поведінці та мисленні досліджуваних ми використовували методику А. Елліса [145] (див. додаток А). Результати діагностики подані в таблицях 2.17 – 2.23.

Таблиця 2.17

Показники ступеня раціональності /ірраціональності у мисленні та поведінці у студентів 2 курсу (тест А. Елліса), n = 32

	Шкали	Чол. (n = 16)		Жін.(n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Катастрофізація	31,56	6,16	29,06	7,55	94,0	0,20
2	Вимогливість до себе	31,37	7,39	24,68	6,75	56,5	0,007
3	Вимогливість до інших	31,81	4,69	30,18	5,47	85,5	0,10
4	Самооцінка(оціночна установка)	32,37	5,51	33,18	6,99	120,0	0,76
5	Фрустраційна толерантність	34,00	6,68	34,43	8,77	117,5	0,69
6	Загальна оцінка раціональності	32,2	5,62	30,3	5,32	110,0	0,52

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.17, у юнаків 2-го курсу визначено статистично вищі показники за шкалою вимогливості до себе ($p=0,007$), ніж у дівчат. Тобто, вони є більш вимогливими до себе, ніж до інших.

Таблиця 2.18

Показники ступеня раціональності /ірраціональності у мисленні та поведінці у студентів 3 курсу (тест А. Елліса), n = 35

	Шкали	Чол.(n =17)		Жін. (n =18)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Катастрофізація	28,35	6,29	24,66	3,30	92,0	0,04
2	Вимогливість до себе	26,00	7,21	30,27	4,53	98,0	0,06
3	Вимогливість до інших	31,65	4,85	30,05	3,94	117,0	0,23
4	Самооцінка(оціночна установка)	32,00	5,50	31,61	5,56	149,0	0,89
5	Фрустраційна толерантність	32,35	6,64	30,33	6,79	119,0	0,26
6	Загальна оцінка раціональності	30,1	5,21	29,4	7,34	121,0	0,34

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиці 2.18, у студентів 3-го курсу було визначено тенденцію до статистичної значущості у показниках юнаків та дівчат за шкалою вимогливості до себе, ймовірно, дівчата є більш вимогливими до себе, ніж їх однокурсники юнаки. А за шкалою катастрофізації навпаки, вищими є показники у юнаків ($p=0,04$), тобто вони оцінюють себе як таких, які краще здатні витримувати складні ситуації, на відміну від самооцінок дівчат.

Таблиця 2.19

Показники ступеня раціональності /ірраціональності у мисленні та поведінці у студентів 4 курсу (тест А. Елліса), n = 38

	Шкали	Чол.(n = 19)		Жін. (n =19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
1	Катастрофізація	28,53	7,56	26,26	5,04	150,5	0,38
2	Вимогливість до себе	28,47	6,93	26,52	6,46	148,0	0,34
3	Вимогливість до інших	32,10	6,03	31,42	5,95	158,5	0,52
4	Самооцінка(оціночна установка)	33,68	4,91	31,10	5,84	126,0	0,11
5	Фрустраційна толерантність	32,52	8,23	32,05	8,73	168,0	0,71
6	Загальна оцінка раціональності	31,1	5,84	29,5	7,12	123,0	0,64

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Таблиця 2.20

Показники ступеня раціональності /ірраціональності у мисленні та поведінці у студентів 5 курсу (за тестом А. Елліса), n = 40

	Шкали	Чол. (n = 20)		Жін. (n = 20)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
1	Катастрофізація	28,7	7,94	26,7	5,59	176,0	0,51
2	Вимогливість до себе	26,75	5,86	28,1	4,97	182,0	0,62
3	Вимогливість до інших	32,55	5,79	34,1	5,95	170,0	0,41
4	Самооцінка(оціночна установка)	33,30	6,24	33,75	5,97	193,0	0,84
5	Фрустраційна толерантність	31,65	7,01	30,5	5,55	178,0	0,55
6	Загальна оцінка раціональності	30,6	5,54	30,6	5,54	163,0	0,64

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Таблиця 2.21

Показники ступеня раціональності /ірраціональності у мисленні та поведінці у студентів 6 курсу (за тестом А. Елліса), n = 30

	Шкали	Чол. (n =15)		Жін. (n =15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Катастрофізація	30,4	5,21	28,6	4,98	181,0	0,65
2	Вимогливість до себе	31,4	5,91	28,4	4,96	183,0	0,69
3	Вимогливість до інших	32,4	5,79	33,7	6,82	121,0	0,52
4	Самооцінка(оціночна установка)	34,6	6,72	33,2	4,84	38,0	0,21
5	Фрустраційна толерантність	32,3	5,63	33,1	4,82	180,0	0,68
6	Загальна оцінка раціональності	32,2	5,59	31,4	5,87	169,0	0,73

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Як видно з таблиць 2.19 – 2.21, за показниками раціональності/ірраціональності мислення та поведінки у студентів-медиків старших курсів між юнаками та дівчатами не було визначено статистично значущих гендерних відмінностей. Розподіл показників за шкалами методики виявляється подібним, за виключенням того, що показник оціночної установки у студентів 6-го курсу є вищим.

Варто також зазначити, що найбільші показники серед респондентів 4-го курсу виявляються за шкалами самооцінки (оціночна установка) та вимогливості до інших, що вказує на наявність більш високих вимог до інших людей, ніж до себе, а також наявність критерію «оцінки» у сприйнятті інших людей. Шкала «оціночна установка» визначає те, як людина оцінює себе та інших. Наявність такої установки може свідчити про те, що людині властиво оцінювати не окремі риси або вчинки людей, а особистість в цілому.

Гендерних відмінностей розподілу показників раціональності/ірраціональності мислення за тестом А. Елліса не було виявлено серед лікарів-інтернів першого та другого року навчання чоловічої та жіночої статі (див. таб. 2.22 – 2.23).

Таблиця 2.22

**Показники ступеня раціональності / ірраціональності у мисленні
та поведінці у інтернів 1-го року (за тестом А. Елліса), n = 25**

	Шкали	Чол.(n =10)		Жін. (n =15)		Критерій U- Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Катастрофізація	33,10	8,14	29,93	7,76	67,0	0,65
2	Вимогливість до себе	32,50	6,70	28,20	5,68	47,0	0,12
3	Вимогливість до інших	31,30	6,36	31,40	7,26	64,0	0,54
4	Самооцінка(оціночна установка)	36,50	4,67	34,53	6,46	68,0	0,69
5	Фрустраційна толерантність	31,60	3,97	37,66	9,30	43,0	0,07
6	Загальна оцінка раціональності	33,0	8,11	32,3	6,41	65,0	0,71

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Таблиця 2.23

**Показники ступеня раціональності /ірраціональності у мисленні та
поведінці у інтернів 2-го року (за тестом А. Елліса), n = 26**

	Шкали	Чол.(n =10)		Жін. (n = 16)		Критерій U- Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Катастрофізація	28,40	4,97	29,33	7,41	56,5	0,81
2	Вимогливість до себе	27,70	4,19	28,92	5,01	52,0	0,59
3	Вимогливість до інших	32,20	6,10	28,33	4,97	35,0	0,09
4	Самооцінка(оціночна установка)	36,60	8,64	32,08	4,18	41,0	0,21
5	Фрустраційна толерантність	31,20	4,23	32,67	4,43	47,5	0,40
6	Загальна оцінка раціональності	31,2	4,22	30,3	6,72	34,3	0,12

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Існує тенденція до статистичної достовірності у інтернів першого року за шкалою фрустраційної толерантності (див. рис. 2.22), що може вказувати на те, що дівчата оцінюють свій рівень стресостійкості дещо вищим, ніж як оцінюють себе юнаки інтерни. Разом з тим, варто зазначити, що найбільшого значення серед інших шкал у юнаків набирає показник за шкалою самооцінка (оціночна

установка), що свідчить про наявність тенденції до оцінювання у сприйнятті інших людей. Також можна казати про певну тенденцію до статистичної значущості у показниках серед юнаків та дівчат лікарів-інтернів другого року навчання за шкалою «вимогливість до інших» (див. табл. 2.23). Ймовірно, майбутні лікарі чоловічої статі оцінюють себе як більш вимогливих до інших, ніж їх колеги жіночої статі.

Таким чином, результати проведеного порівняльного аналізу показників ступеня раціональності/ірраціональності у мисленні й поведінці у студентів та інтернів чоловічої і жіночої статі вказують на більш високу вимогливість до себе у юнаків 2-го курсу та дівчат 3-го курсу. А також було визначено кращу здатність у юнаків 3-го курсу, на відміну від дівчат однокурсниць, витримувати складні ситуації (шкала «катастрофізації»). Гендерних відмінностей за показниками тесту А. Елліса серед студентів старших курсів не було визначено.

Гендерні особливості розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності студентів-медиків та інтернів чоловічої та жіночої статі за даними методики «Мотивація вибору медичної професії» (ММП) [89], визначені на основі порівняльного аналізу першої «трійки» провідних мотивів вибору медичної професії (див. табл. 2.24 – 2.27).

Таблиця 2.24

Мотиви вибору медичної професії (ММП) студентами 2 курсу, n = 32

Мотиви	Чоловіки (n = 16)		Жінки (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	p ≤
I	4,94	1,65	5,50	0,81	106,0	0,40
II	4,68	2,41	6,31	1,44	73,5	0,039
III	6,50	1,50	6,87	0,80	118,0	0,70
IV	3,31	1,81	2,37	1,36	92,5	0,18
V	3,75	1,39	3,81	2,00	125,5	0,92
VI	3,56	1,55	5,00	2,00	60,0	0,01
VII	4,00	2,09	2,12	1,74	66,5	0,02
VIII	2,50	2,42	1,81	1,90	102,0	0,32
IX	2,75	1,53	2,18	1,75	102,0	0,32

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Як видно з таблиці 2.24, у юнаків та дівчат студентів 2 курсу спостерігається тісний кореляційний зв'язок між показниками мотиву (II) полегшення страждань важкохворих ($p=0,039$). Що може бути свідченням більшої вмотивованості дівчат у виборі медичної професії на полегшення страждань важкохворих, ніж хлопців. Також існує значуща відмінність за показниками мотиву (VI) піклування про власне здоров'я ($p=0,01$), що вказує на те, що дівчата більше піклуються про власне здоров'я, ніж юнаки. А от мотив (VII) впливу на інших людей більш вираженим є у студентів чоловічої статі ($p=0,02$). Тобто, для студентів 2-го курсу жіночої статі визначним у виборі медичної професії є піклування про власне здоров'я, а для студентів чоловічої статі – впливати на інших людей.

Таблиця 2.25

Мотиви вибору медичної професії студентами 3 курсу, $n = 35$

Мотиви	Чоловіки ($n = 17$)		Жінки ($n = 18$)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	5,82	2,27	4,55	1,65	87,0	0,02
II	4,53	2,32	5,94	1,66	99,0	0,07
III	6,76	1,30	6,83	1,29	149,0	0,89
IV	3,41	1,28	3,88	1,90	132,0	0,48
V	3,24	1,92	2,22	1,89	107,5	0,13
VI	4,41	1,37	4,83	1,46	125,0	0,35
VII	3,29	1,86	2,33	1,74	108,5	0,14
VIII	1,47	1,23	1,28	1,45	134,5	0,54
IX	3,06	1,82	3,89	2,42	121,0	0,29

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Як видно з таблиці 2.25, у студентів 3 курсу спостерігається відмінність у показниках мотиву (I) лікувати людей ($p=0,02$). Тобто, студенти чоловічої статі є більш вмотивованими лікувати людей, ніж студентки жіночої статі. А от такий показники мотиву (II) полегшення страждань важкохворих, з тенденцією до статистичної значущості, вищими є у досліджуваних студенток жіночої статі. Тобто, дівчата, ймовірно обирають професію лікаря задля допомоги важкохворим людям, людям похилого віку та дітям, ніж юнаки.

Таблиця 2.26

Мотиви вибору медичної професії студентами 4 курсу, n = 38

Мотиви	Чоловіки (n =19)		Жінки (n = 19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	4,68	1,82	4,47	1,92	170,0	0,75
II	5,32	2,42	5,36	1,83	152,5	0,41
III	6,32	1,20	6,36	1,89	157,0	0,49
IV	3,68	1,41	3,10	1,79	144,0	0,28
V	2,89	1,94	2,73	2,23	171,5	0,79
VI	4,05	1,47	5,15	1,34	112,5	0,047
VII	3,26	2,28	2,73	1,36	154,0	0,44
VIII	1,32	1,97	2,26	1,69	116,5	0,06
IX	4,32	2,47	3,79	2,29	160,5	0,56

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Як видно з таблиці 2.26, у студентів 4 курсу визначено статистично значущу відмінність показників за мотивом (VI) піклування про власне здоров'я ($p=0,047$) і мотивом (VIII) доступності медикаментів ($p=0,06$). Тобто, для дівчат ці мотиви є більш важливими у виборі медичної професії, ніж для юнаків.

У студентів 5-го та 6-го курсів, а також у лікарів-інтернів першого року навчання не було виявлено статистично значущих гендерних відмінностей за показниками методики ММП серед юнаків та дівчат (див. додаток В).

Таблиця 2.27

Мотиви вибору медичної професії інтернів 2-го року навчання, n = 26

Мотиви	Чоловіки (n = 10)		Жінки (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	2	3	4	5	6	7
I	4,50	2,54	5,42	1,72	48,5	0,44
II	5,20	1,54	5,33	1,66	55,5	0,76
III	6,70	1,05	6,58	1,37	58,5	0,92
IV	4,40	1,71	4,08	1,78	49,0	0,46
V	4,10	1,85	1,58	1,56	18,5	0,00
VI	4,80	1,81	5,42	0,90	47,5	0,40
VII	1,30	0,94	2,50	2,27	41,5	0,22
VIII	1,70	1,05	1,67	1,30	58,0	0,89
IX	3,30	2,54	3,42	2,67	59,5	0,97

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V –

вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Як видно з таблиці 2.27, у юнаків та дівчат лікарів-інтернів другого року навчання було визначено статистично значущу відмінність за мотивом вирішення наукових проблем ($p=0,00$). Отже, юнаки інтерни у виборі медичної професії є більш вмотивованими на вирішення наукових проблем, ніж їх колеги жіночої статі.

Зазначимо також, що провідним мотивом вибору медичної професії майже для всіх досліджуваних незалежно від їх статі є мотив піклування про здоров'я рідних (середнє значення у вибірці досліджуваних знаходиться в межах 6,2–7,1 при максимальному 8). Лише для дівчат, що навчаються перший рік інтернатурі, із незначущою відмінністю, найважливішим мотивом виявляється специфічний для медичної професії мотив – лікувати людей (6,0). Домінування у більшості досліджуваних такого гуманістичного, але вузько зорієнтованого на найближче оточення мотиву, може бути свідченням недостатнього рівня усвідомлення респондентами суспільної значущості майбутньої професії. На другому місці за впливовістю в студентів другого та третього курсів жіночої статі знаходиться мотив полегшення страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей (6,3 і 5,9 відповідно), а у студентів чоловічої статі – бажання лікувати людей (4,9 і 5,8 відповідно). На третій позиції в юнаків та дівчат другого курсу визначені мотиви міняються місцями. У даному випадку гендерні особливості мотивації вибору медичної професії в студентів другого та третього курсів полягають у тому, що для юнаків характерна мотивація, що зорієнтована на процес, а для дівчат – більш дієва і глибинна мотивація, що зорієнтована на результат. Наступним за значущістю у студентів чоловічої та жіночої статі третього курсу знаходиться мотив піклування про власне здоров'я (4,4 і 4,8 відповідно). Що пояснюється зміною мотивації з суспільно-гуманістичної в студентів другого курсу, на егоцентричну в студентів третього курсу. У студентів четвертого курсу (у юнаків і дівчат), так само як і у дівчат другого курсу другим за значущістю мотивом медичної професії є мотив полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей (5,3 і 5,4 відповідно). На

п'ятому курсі поряд із суспільно-значущими мотивами (лікувати людей, полегшити страждання важкохворих) важливого значення для майбутніх лікарів жіночої та чоловічої статі набуває такий егоцентрично спрямований мотив як піклування про власне здоров'я (5,4 і 5,5 відповідно). На шостому курсі для юнаків і дівчат домінуючими мотивами поряд із суспільно-значущими мотивами (лікувати людей) виявляються такі егоцентричні мотиви як матеріальна зацікавленість (5,2 і 5,6 відповідно) та піклування про власне здоров'я (5,2 і 5,4 відповідно). Можна припустити, що велика значущість для студентів шостого курсу даного виду професійної мотивації обумовлена зростанням, на даному етапі професійного становлення, відповідальності за власне життя та за своє матеріальне забезпечення. Для юнаків, що навчаються перший рік в інтернатурі, другим за значущістю є мотив лікувати людей (5,5), а третім – мотив полегшити страждання важкохворих людей (5,4). А для дівчат, як вже зазначалось, велике значення мають мотиви лікування людей (6,0) та піклування про здоров'я рідних (5,9). Третім за значущістю у дівчат є мотив – піклуватись про власне здоров'я (5,5). На другому році інтернатури в дівчат однаково важливого значення набувають мотиви лікувати людей та піклуватись про власне здоров'я (5,4), а для юнаків більш значущим є мотив полегшити страждання важкохворих (5,2), а наступним – піклуватись про власне здоров'я (4,8).

Розглянувши першу «трійку» домінуючих мотивів вибору медичної професії, перейдемо безпосередньо до порівняльного аналізу даних у випадках, коли виявлена статистично значима різниця (див. табл. 2.24 – 2.27). Так, на другому та третьому курсах більш значущим для дівчат виявляється мотив полегшувати страждання важкохворих, людей похилого віку та дітей, ніж для юнаків. Важливим для дівчат в порівнянні із юнаками на другому та четвертому курсах є мотив піклування про своє здоров'я, а для юнаків другого курсу – мотив впливати на інших людей. Переважання відповідного мотиву в юнаків може розглядатися як свідчення їх недостатньої особистісної зрілості і наявності стереотипних уявлень щодо професійної діяльності лікаря. На

третьому курсі у юнаків порівняно із дівчатами із статистично значущою відмінністю виявляється мотив лікувати людей. Доступність медикаментів у студентів четвертого курсу займає останню позицію, але для дівчат він має більшого значення ніж для юнаків. У студентів інших курсів та інтернів першого року навчання не спостерігаються гендерних відмінностей у значущості визначених мотивів медичної професії. Для юнаків, які навчаються в інтернатурі другий рік, великого значення, на відміну від дівчат, набуває такий кар'єрно орієнтований мотив як вирішення наукових проблем. Необхідно зауважити, що даний вид мотиву медичної діяльності разом із мотивом «бажання лікувати людей» у досліджуваних чоловічої та жіночої статі виявляють негативний кореляційний зв'язок ($p = -0,05$) із мотивами професійної майстерності за методикою МПД. Тобто, для майбутніх лікарів бажання розвивати свою професійну майстерність негативно впливає на їх бажання лікувати людей та вирішувати наукові проблеми, і навпаки бажати лікувати людей та вирішувати наукові проблеми означає зменшувати бажання розвивати свою професійну майстерність. На нашу думку, це свідчить про недостатній рівень усвідомленості респондентами можливих шляхів розвитку професійної майстерності лікаря.

Отже, проведений порівняльний аналіз провідних мотивів майбутньої професійної діяльності майбутніх лікарів, дозволяє констатувати недостатній рівень усвідомлення респондентами суспільної значущості майбутньої професії. У більшості досліджуваних домінуючим є гуманістичний, але вузько зорієнтований на найближче оточення мотив – піклуватися про здоров'я рідних. Поряд із цим наявними є гендерні та статусні відмінності серед вибірки досліджуваних. Так, у студентів другого курсу провідне значення займають суто суспільно-значущі мотиви (лікувати людей, полегшувати страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей), а на інших етапах професійного навчання важливого значення також набувають мотиви егоцентричної спрямованості (піклуватись про власне здоров'я, матеріальна зацікавленість у професії). Гендерні особливості професійної мотивації виявляються в

студентів-медиків другого, третього курсів у тому, що для юнаків є характерною мотивація, що зорієнтована на процес (лікувати людей (4,9 – другий курс, 5,8 – третій курс), а для дівчат – більш дієва і глибинна мотивація, що зорієнтована на результат (полегшити страждання важкохворих (6,3 – другий курс, 5,9 – третій курс). На четвертому курсі цих відмінностей вже немає, але найбільш важливого значення ($p=0,04$) для дівчат (5,2), на відміну від юнаків (4,1), набуває мотив піклування про власне здоров'я. На п'ятому та шостому курсах гендерних відмінностей у розподілі провідних професійних мотивів не виявлено. Для спеціалістів, що навчаються в інтернатурі, характерними є наступні гендерні особливості професійної мотивації: на першому році навчання у юнаків «трійку» провідних мотивів складають суспільно значущі мотиви (лікувати людей (5,5), полегшувати страждання важкохворих, людей похилого віку та дітей (5,4), а у дівчат поряд із визначеними великого значення також набуває егоцентричний мотив (піклуватись про своє здоров'я (5,5). На другому році навчання у юнаків великого значення, на відміну від дівчат ($p=0,001$), набуває такий кар'єрно орієнтований мотив як вирішення медичних наукових проблем.

Наочний розподіл показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед студентів-медиків та інтернів чоловічої та жіночої статі представлений у додатку В.

Дослідження структури професійної мотивації майбутніх лікарів нами здійснювалось за допомогою методики «Мотиви професійної діяльності» (МПД) [143]. Отримані результати дозволи визначити ієрархію чотирьох провідних мотивів, які визначають сферу професійної життєдіяльності особистості майбутніх лікарів. Результати у таблицях наведені у додатку Г.

За результатами розподілу показників серед юнаків та дівчат студентів 2-го курсу не було виявлено значущих гендерних відмінностей у ієрархії мотивів професійної діяльності. У студентів 3-го курсу чоловічої статі було виявлено значно вищий рівень розвитку мотивів власної праці ($p=0,013$) ніж у студенток жіночої статі. Юнаки студенти 5-го та 6-го курсів виявляють значно вищий

рівень розвитку мотивів професійної майстерності ($p=0,027$) ($p=0,05$) відповідно, ніж їх однокурсниці дівчата.

Таким чином, спостерігаємо, що у студентів-медиків провідними мотивами майбутньої професійної діяльності є мотиви самоствердження в праці (у юнаків третього курсу – мотиви власної праці), що є яскравим свідченням недостатньо зрілої егоцентрично спрямованої професійної мотивації респондентів. Другою за значимістю групою професійних мотивів у всіх дівчат та у юнаків другого, четвертого, п'ятого курсів є мотиви соціальної значимості в праці, що є показником розуміння студентами важливості медичної професії для суспільства, особливо важливим це виявляється для студенток жіночої статі. Мотиви професійної майстерності, що є показовим з огляду на предмет нашого дослідження, для студентів не мають вагомого значення. Зазначимо, що показники значущості цих мотивів для юнаків п'ятого та шостого курсів мають найбільше значення, із достовірно статистичною відмінністю ($p = 0,05$), ніж для дівчат.

Серед лікарів-інтернів першого року навчання провідними для юнаків, на відміну від дівчат, є мотиви соціальної значущості праці. Спостерігаємо деяку зміну професійної мотивації на користь егоцентрично спрямованої. Серед інтернів жіночої статі першого року навчання, зазначені види професійних мотивів представлені майже однаково, окрім мотивів професійної майстерності, вони, так як і у всіх інших досліджуваних, займають останнє місце в мотиваційній структурі. Для лікарів-інтернів другого року навчання провідними для юнаків є мотиви власної праці, а для дівчат найбільшого значення набувають мотиви соціальної значущості у праці.

Отже, проведений порівняльний аналіз ієрархічної структури професійної мотивації студентів-медиків та інтернів чоловічої та жіночої статі не виявляє статусних відмінностей у розподілі їх провідних мотивів. Так, для більшості досліджуваних провідними є мотиви самоствердження в праці (у юнаків третього курсу – мотиви власної праці), що є яскравим свідченням недостатньо зрілої егоцентрично спрямованої професійної мотивації респондентів. Мотиви

професійної майстерності займають останню позицію у професійній мотиваційній структурі досліджуваних, що є показовим з огляду на предмет нашого дослідження. Але, варто зазначити, що для юнаків п'ятого та шостого курсів, ця категорія мотивів має найбільше значення, із достовірно статистичною відмінністю ($p=0,03$), ніж для дівчат.

Тобто, деякі відмінності у подальшій ієрархії мотивів були визначені у юнаків та дівчат. Так для всіх дівчат майбутніх лікарів важливого значення набувають мотиви соціальної значущості у праці, а для юнаків значущість даної групи мотивів змінюється. У студентів третього та шостого курсів та інтернів друге місце займають мотиви власної праці.

Діагностика рівнів професійної спрямованості досліджуваних нами проводилась за методикою «Рівень професійної спрямованості» (РПС) [47]. Результати представлені в таблиці 2.28 та у додатку Д.

За результатами дослідження рівня професійної спрямованості серед студентів-медиків (див. додаток Д) визначено, що, високий рівень професійної спрямованості мають менш ніж половина дівчат (37,7%) та хлопців (34,9%) студентів-медиків. Серед студентів, яким притаманний середній рівень професійної спрямованості, 13,7% юнаків та 10,3% дівчат. Відповідно, серед студенток більше тих, що мають високий рівень професійної спрямованості і менше тих, що мають середній рівень професійної спрямованості, порівняно із студентами чоловічої статі. Але разом з тим, із низьким рівнем професійної спрямованості дещо більше дівчат (2,3%), ніж хлопців (1,1%).

Серед дипломованих спеціалістів, які навчаються перший та другий рік в інтернатурі із високим рівнем професійної спрямованості майже в два рази більше дівчат (43,1%), ніж хлопців (27,5%). Разом із тим, середній рівень професійної спрямованості характерний для 9,8% інтернів чоловічої та жіночої статі, та немає інтернів із низьким рівнем професійної спрямованості (див. додаток Д).

Таблиця 2.28

**Рівні розвитку професійної спрямованості (РПС) студентів-медиків
та інтернів, n = 226**

Курс	Низький				Середній				Високий			
	ч		ж		ч		ж		ч		ж	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
2-й	0	-	0	-	5	15,6	2	6,3	11	34,4	14	43,7
3-й	1	2,9	1	2,9	3	8,6	5	14,2	13	37,1	12	34,3
4-й	0	-	1	2,6	6	15,8	2	5,3	13	34,2	16	42,1
5-й	0	-	1	2,5	7	17,5	8	20,0	13	32,5	11	27,5
6-й	1	3,3	1	3,3	3	10,0	1	3,3	11	36,7	13	43,3
інтерни1р.	1	4,0	4	16,0	2	8,0	1	4,0	7	28,0	10	40,0
інтерни2р.	0	-	0	-	3	11,5	4	15,4	7	26,9	12	46,2
Всього	3	1,3	8	3,5	29	12,8	23	10,2	75	33,2	88	38,9

Зазначені в таблиці 2.28 дані свідчать, що менш ніж половина досліджуваних нашої вибірки мають високий рівень професійної спрямованості як серед студентів чоловічої статі (33,2%), так і серед студенток жіночої статі (38,9%). При чому, досліджуваних жіночої статі більше з низьким (жінки – 3,5%, чоловіки – 1,3%) та високим (жінки – 38,9%, чоловіки – 33,2%) рівнями професійної спрямованості, а досліджуваних студентів чоловічої статі – з середнім рівнем (жінки – 10,2%, чоловіки – 12,8%). Найбільш високий показник студентів із високим рівнем професійної спрямованості спостерігається серед жінок, що навчаються в інтернатурі другий рік (46,2%). Результати порівняльного аналізу рівнів спрямованості залежно від етапу професійного навчання досліджуваних (додипломний або післядипломний), дозволяють визначити певні відмінності. Так, на початковому (другий курс) та завершальному етапах професійного навчання (інтерни другого року навчання) немає респондентів із низьким рівнем професійної спрямованості. Але разом із тим, на другому курсі більше юнаків із середнім рівнем (15,6%), ніж дівчат, а серед інтернів другого року із середнім рівнем більше жінок (15,4%), ніж чоловіків. Зростання кількості студентів із середнім рівнем професійної спрямованості, і відповідно зменшення кількості студентів із високим рівнем, спостерігається на третьому курсі й аж до п'ятого. А зменшення кількості

студентів із середнім рівнем професійної спрямованості, за рахунок зростання кількості студентів із високим рівнем, спостерігається на шостому курсі.

Отже, дослідження особливостей розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності дозволяють констатувати, що у більшості досліджуваних переважає вузько зорієнтованого на найближче оточення мотиву, як піклування про здоров'я рідних, може бути свідченням недостатнього рівня усвідомлення досліджуваними суспільної значущості майбутньої професії. Поряд із цим наявними є гендерні та статусні відмінності серед вибірки досліджуваних. Так, у студентів другого курсу провідне значення займають суто суспільно-значущі мотиви (лікувати людей, полегшувати страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей), а на інших етапах професійного навчання важливого значення також набувають мотиви егоцентричної спрямованості (піклуватись про власне здоров'я, матеріальна зацікавленість у професії). Гендерні особливості професійної мотивації виявляються в студентів другого, третього курсів у тому, що для студентів чоловічої статі є характерною мотивація, що зорієнтована на процес (лікувати людей), а для студенток жіночої статі – більш дієва і глибинна мотивація, що зорієнтована на результат (полегшити страждання важкохворих). На четвертому курсі цих відмінностей вже не спостерігається, але найбільш важливого значення для дівчат, на відміну від юнаків, набуває мотив піклування про власне здоров'я. На п'ятому та шостому курсах гендерних відмінностей у розподілі провідних професійних мотивів не було виявлено. Для спеціалістів, що навчаються в інтернатурі, характерними є наступні гендерні особливості професійної мотивації: на першому році навчання у інтернів чоловічої статі «трійку» провідних мотивів входять суспільно значущі мотиви (лікувати людей, полегшувати страждання важкохворих, людей похилого віку та дітей), а у дівчат поряд із визначеними великого значення також набуває егоцентричний мотив (піклуватись про своє здоров'я). На другому році навчання у інтернів чоловічої статі великого значення, на відміну від інтернів

жіночої статі, набуває такий кар'єрно орієнтований мотив як вирішення медичних наукових проблем.

Отож, як показують результати нашого емпіричного дослідження найбільш сензитивною категорією для розвитку професійної компетентності є студенти-медики третього курсу. Тому саме вони склали вибірку на формувальному етапі нашого дослідження.

Основні результати дослідження, які представлені в цьому розділі, наведені в публікаціях автора [68], [69], [70], [73], [77], [81], [110].

Висновки до другого розділу

На основі результатів попереднього дослідження було визначено остаточний комплекс методів та методик діагностики для використання останніх на основному етапі емпіричного дослідження з метою дослідження гендерних особливостей комунікативного, поведінкового та рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів.

Результати проведеного анкетування (авторська анкета) свідчать про наявність в уявленнях майбутніх лікарів гендерних установок відносно образу майбутньої професійної діяльності. На думку респондентів, лікарі-жінки ставляться до пацієнтів краще, ніж чоловіки, а серед успішних лікарів більше представників чоловічої статі. У відповідях також мали місце, т.зв. «професійні міфи», згідно яких тільки чоловік може бути хорошим хірургом, гінекологом тощо. Крім того, ті ж гендерні стереотипи нав'язують сприйняття чоловіка, як більш професійного, відповідального, наполегливого, серйозного, що також має неабияке значення для професійної успішності лікаря. До типово «чоловічих» лікарських спеціальностей, на думку респондентів належать: хірургія та нейрохірургія, ортопедія та травматологія, анестезіологія, урологія, акушерство і гінекологія, а до найпопулярніших «жіночих» лікарських спеціальностей – педіатрія, терапія, акушерство і гінекологія, офтальмологія.

Показники гендерної ідентичності (тест С. Бем) майбутніх лікарів знаходяться в межах андрогінності, з статистично достовірними відмінностями між групами досліджуваних чоловічої та жіночої статі.

На думку майбутніх лікарів, для того щоб бути успішним у міжособистісному та професійному спілкуванні, необхідно володіти такими рисами, які є характерними здебільшого для фемінної особистості (чуйністю, добротою, турботливістю, співчуттям).

Переважає більшість досліджуваних жіночої статі, на відміну від досліджуваних чоловічої статі, підтримують у міжособистісній взаємодії доброзичливий стиль спілкування. Показники стилів міжособистісної взаємодії у досліджуваних (тест Т.Лірі), свідчать про те, що домінуючою тенденцією у юнаків є «домінування» (окрім студентів четвертого курсу), а у дівчат – тенденція «доброзичливість» (найбільш високі показники у лікарів-інтернів). Статистично відмінними серед юнаків та дівчат виявились показники «домінантності» ($p \leq 0,01$) серед студентів третього курсу та показники «доброзичливості» ($p \leq 0,05$) на шостому курсі.

Визначені показники тенденцій «домінування» та «доброзичливості» дозволяють констатувати недостатній рівень сформованості комунікативного компоненту професійної компетентності майбутніх лікарів чоловічої статі (із переважанням тенденції домінування у юнаків на третьому курсі) та низький рівень його розвитку у студенток третього курсу.

Дослідження особливостей розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності майбутніх лікарів дозволяє стверджувати, що провідним мотивом вибору медичної професії майже для всіх досліджуваних незалежно від їх статі є мотив піклування про здоров'я рідних. Що визначає недостатній рівень усвідомлення респондентами суспільної значущості майбутньої професії. Поряд із цим, наявними є гендерні та статусні відмінності серед студентів другого та третього курсів, так для юнаків характерною є мотивація, що зорієнтована на процес (лікувати людей), а для дівчат – більш дієва і глибинна мотивація, що зорієнтована на результат (полегшити

страждання важкохворих). На четвертому курсі найбільш важливого значення для дівчат, на відміну від юнаків, набуває мотив піклування про власне здоров'я. На п'ятому та шостому курсах гендерних відмінностей у розподілі провідних мотивів вибору медичної професії було виявлено.

Гендерні особливості професійної мотивації лікарів-інтернів виявляються у тому, що для юнаків інтернів першого року навчання «трійку» провідних мотивів складають суспільно значущі мотиви (лікувати людей, полегшувати страждання важкохворих, людей похилого віку та дітей, а для інтернів жіночої статі поряд із визначеними, великого значення набуває егоцентричний мотив – піклуватись про своє здоров'я. На другому році навчання у інтернів чоловічої статі великого значення набуває такий кар'єрно орієнтований мотив, як вирішення медичних наукових проблем.

Порівняльний аналіз професійної мотивації студентів-медиків та інтернів чоловічої та жіночої статі (за методикою МПД) дозволяє констатувати, що для більшості досліджуваних провідними є мотиви самоствердження в праці (у юнаків третього курсу – мотиви власної праці), що є свідченням недостатньо зрілої, егоцентрично спрямованої професійної мотивації респондентів. Другою за значущістю групою професійних мотивів у всіх дівчат та у юнаків другого, четвертого, п'ятого курсів є мотиви соціальної значущості в праці, що є показником розуміння студентами важливості медичної професії для суспільства, особливо важливим це виявляється для студенток жіночої статі.

Мотиви професійної майстерності займають останню позицію серед видів професійної мотивації досліджуваних. Варто зазначити, що для юнаків п'ятого та шостого курсів, ця категорія мотивів має найбільше значення ($p \leq 0,05$), ніж для дівчат. У ієрархії мотивів були визначені деякі відмінності у юнаків та дівчат.

Дослідження особливостей розвитку рефлексивно-творчого компоненту професійної компетентності. Результати порівняльного аналізу показників ступеня раціональності / ірраціональності у мисленні та поведінці (тест А. Елліса) у майбутніх лікарів вказують на більш високу вимогливість до себе у

юнаків 2-го курсу та дівчат 3-го курсу. Також було визначено кращу здатність витримувати складні ситуації (за шкалою катастрофізації) юнаків 3-го курсу.

Статистично значущих гендерних відмінностей за показниками раціональності/іrrаціональності серед студентів 4-го, 5-го і 6-го курсів нашої вибірки не було визначено. А от у лікарів-інтернів жіночої статі першого року навчання можна виявляється тенденція до фрустраційної толерантності, що вказує на більш високий рівень в них стресостійкості, на відміну від їх колег чоловіків. На другому році навчання в інтернатурі у юнаків, на відміну від дівчат виявляється тенденція до більш високої вимогливості до інших, ніж до себе, що є характеристикою недостатньо зрілого рефлексивного компоненту в структурі їх особистості.

Спрямованість на майбутню професію (РПС), яка визначає пізнавальну активність студентів під час навчання, наполегливість і успішність оволодіння професією спостерігається менш ніж у половини досліджуваних вибірки, її мають 33,2 % чоловіків і 38,9 % жінок. Починаючи з третього і до п'ятого курсу, збільшується кількість студентів із середнім рівнем професійної спрямованості за рахунок зменшення кількості студентів із високим рівнем.

Загалом, здійснений якісний аналіз емпіричних даних свідчить про наявність гендерних відмінностей та недостатній рівень розвитку досліджуваних компонентів професійної компетентності у майбутніх лікарів, більше на додипломному, менше на післядипломному рівнях, що є частковим підтвердженням висунутої гіпотези дослідження. На основі результатів емпіричного дослідження було встановлено, що найбільш сензитивною категорією для розвитку професійної компетентності можна вважати студентів-медиків третього курсу. Тому саме вони склали вибірку формувального етапу нашого дослідження.

РОЗДІЛ 3

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

3.1 Методологічні принципи та завдання формувального етапу експериментального дослідження

Сучасний етап розвитку вищої медичної освіти в Україні характеризується пошуком ефективних технологій професійної підготовки майбутніх лікарів, результатом якої повинен стати компетентний та конкурентоспроможний на ринку праці фахівець в галузі медицини. У зв'язку із цим, виникає питання про якість професійного навчання спеціалістів, що, в свою чергу, потребує пошуку ефективних шляхів покращення якості освітнього процесу, створення умов розвитку особистості майбутніх фахівців, їх самореалізації та самовдосконалення. Особливо актуальними виявляються проблеми переходу від традиційної моделі навчання, в якій переважали інформаційно-накопичувальні принципи до особистісно-орієнтованої моделі, яка формує у майбутнього лікаря здатність до вирішення нестереотипних професійних завдань, творчого мислення, що дозволяє реалізувати гуманістичний принцип: лікувати хворого, а не хворобу.

Необхідною умовою гармонійного цілісного розвитку особистості лікаря, формування його професійної компетентності є врахування його гендерних характеристик (гендерної ідентичності, настанов, уявлень щодо образу професії лікаря), це визначає та суттєво впливає на процес професійного становлення та розвитку особистості майбутнього лікаря. З цією метою в процесі професійного навчання майбутніх лікарів поряд із традиційними дидактичними методами доцільне використання активних методів навчання, зокрема тренінгових технологій.

Кінцевою метою навчання у вищому навчальному закладі є професійна ідентифікація майбутніх фахівців, вироблення та вдосконалення професійно значущих особистісних якостей, стереотипів поведінки, засвоєння основних професійних ролей, форм спілкування, необхідних для успішного виконання майбутньої діяльності, формування у них рефлексії та професійної самосвідомості. Таким чином закладається орієнтовна основа шляху в професіоналізм, що передбачає поєднання високих зовнішніх та внутрішніх оцінок професійної успішності.

Традиційні методи навчальної та виховної роботи (в тому числі й спрямованої на становлення професійної компетентності) закладені в навчальному плані та навчальних програмах окремих курсів. Проте існує необхідність у доповненні навчального плану підготовки медичних фахівців цілеспрямованими психолого-педагогічними методами формування професійної компетентності, що сприятиме формуванню у студентів стійкої потреби в професійному самовдосконаленні.

Таким чином, враховуючи специфіку професійної діяльності медичних фахівців, сучасна медична освіта повинна забезпечувати студентів не лише сумою базових знань та набором професійно важливих якостей, вмінь та навичок, але й вмінням сприймати та засвоювати нові знання, здатністю до творчого розвитку та професійного самовдосконалення. Необхідно створити умови для гармонійного розвитку особистості майбутнього спеціаліста, здатного адаптуватись до нових умов професійного середовища, що постійно змінюються та досягнень науково-технічного прогресу, формувати творчу успішну особистість майбутнього фахівця у всіх сферах діяльності – професійній, науковій, технічній, управлінській.

Результати емпіричного дослідження гендерних особливостей становлення професійної компетентності майбутніх лікарів, що представлені у другому розділі нашої роботи, свідчать про недостатній рівень сформованості визначених компонентів професійної компетентності у студентів-медиків, а також гендерну обумовленість процесу її становлення в навчально-виховній

діяльності у юнаків та дівчат. Ці факти визначають необхідність у доповненні навчально-професійної підготовки медичних фахівців цілеспрямованими методами особистісно-орієнтованого навчання, що сприятимуть оптимізації розвитку особистості студентів, їх професійної компетентності.

З огляду на актуальність вищезазначеного та отриманих результатів емпіричного дослідження (див. підрозділ 2.2) було визначено основні завдання формувального етапу нашого дослідження:

1. Розробити та теоретично обґрунтувати психолого-педагогічну модель формування професійної компетентності майбутніх лікарів з метою вдосконалення традиційних форм і методів професійної підготовки лікарів, що дозволить формувати та розвивати особистість студента, його пізнавальні здібності, цілісну систему універсальних знань, необхідних для успішного виконання майбутньої професійної діяльності.
2. На засадах особистісно-орієнтованого підходу розробити гендерно-орієнтовану програму формування професійної компетентності майбутніх лікарів в умовах їх навчально-професійної діяльності через реалізацію програми авторського спецкурсу «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», а також проведення гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування «Формування та розвиток основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів».
3. Здійснити організацію та провести процедуру діагностики гендерних особливостей ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового і рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності у юнаків та дівчат студентів-медиків третього курсу контрольної та експериментальної груп з метою контролю рівня їх (компонентів) сформованості.
4. Проаналізувати та оцінити ефективність формувальних впливів за допомогою непараметричних методів статистичного аналізу даних (критерію- χ^2 та Т-критерію Вілкоксона), а також на основі суб'єктивних оцінок та самооцінок досліджуваних.

5. Визначити змістовні взаємозв'язки між основними компонентами та видами професійної компетентності майбутнього лікаря та тими чинниками її формування, які забезпечують високий рівень її розвитку.

Реалізація визначених завдань формувального етапу нашого дослідження представлена в наступних підрозділах нашої роботи.

На основі проведеного теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження нами була розроблена психолого-педагогічна модель та гендерно-орієнтовані корекційно-розвивальні програми (авторський спецкурс та тренінгові заняття) формування професійної компетентності майбутніх лікарів в процесі навчально-професійної діяльності.

Необхідність створення психолого-педагогічної моделі формування професійної компетентності майбутнього лікаря обумовлена необхідністю якісного вдосконалення традиційних форм і методів професійної підготовки лікарів, що дозволить формувати та розвивати особистість студента, його пізнавальні здібності, цілісну систему універсальних знань, необхідних для успішного виконання майбутньої професійної діяльності. Дана модель спрямована на підготовку конкурентоспроможних спеціалістів з високим рівнем сформованості професійної компетентності та орієнтована на професійну й особистісну самореалізацію майбутнього лікаря.

Основною ідеєю запропонованої автором психолого-педагогічної моделі є переконаність у тому, що більшість важливих для розвитку професійної компетентності компонентів підлягають формуванню, розвитку та корекції під час спеціально організованого особистісно-орієнтованого навчання у вищому навчальному закладі [79].

Теоретичним та методологічним підґрунтям для побудови психолого-педагогічної моделі формування професійної компетентності виступають фундаментальні дослідження професійного становлення та розвитку особистості майбутнього фахівця вітчизняних і зарубіжних вчених (Б.Ананьєва, О. Антонової, Т. Базарова, В. Беспалька, А. Деркача, О.Дубасенюка, О.Борисової, І. Зязюна, Є. Зеєра, Л. Карамушки, Є. Клімова, Н. Кузьміної,

О.Ломакіної, Д. Леонтьєва, С. Максименка, А. Маркової, Л.Мітіної, В.Монахова, В. Мясищева, Н. Ничкало, Л. Орбан-Лембрик, Дж.Равена, С.Уїдеїта, С. Холліфорда, О. Царькової, Н. Чепелєвої та ін.).

Великий вплив на проектування моделі також здійснили дослідження, в яких висвітлюються питання особливостей розвитку професійної компетентності медичного фахівця на етапі його професійного навчання та практичної діяльності (Г. Абрамова, А. Борисюк, Л. Бурлачук, І. Вітенко, Г.Гарді, Н. Городнова, В.Каган, М. Мруга, В. Ороховський, М. Пейсахов, К.Платонов, Л.Супрун, В.Ташликов, М. Тимофієва, Л. Тилевич, Ю. Юдчиц та ін.).

Узагальнюючи напрацювання науковців і практиків із проблем підготовки майбутніх фахівців медичного профілю, визначено, що формування їх професійної компетентності відбувається вже на етапі професійного навчання і залежить від багатьох чинників (передумов розвитку): рівня засвоєння предметних знань і вмінь, особливостей професійної мотивації, рівня розвитку професійної спрямованості, наявності необхідних професійно значущих особистісних якостей. Важливість розвитку цих чинників для становлення професійно компетентного фахівця в процесі навчально-виховної діяльності студентів у вищому навчальному закладі визначали й такі видатні науковці як О.Бодальов, І. Вітенко, А. Деркач, Л. Карамушка, Н. Кузьміна, С. Максименко, Л. Орбан-Лембрик, Н. Чепелєва та ін.

В основу побудови психолого-педагогічної моделі формування професійної компетентності майбутніх лікарів нами було покладено, сформульоване на основі комплексного аналізу наукових джерел з визначеної проблематики, поняття «професійна компетентність майбутнього лікаря». Дане поняття ми розглядаємо як інтегральну характеристику професійного становлення і розвитку особистості майбутнього лікаря, і визначаємо його (поняття) як складне інтегративне особистісне утворення, що містить систему науково-професійних знань, практичних умінь й особистісних якостей, необхідних для успішного виконання професійної діяльності. Розвиток професійної компетентності у майбутніх лікарів передбачає усвідомлення ними своїх

потреб, мотивів, ціннісних орієнтацій відносно майбутньої професії, уявлень про свої соціальні та гендерні ролі. При цьому важливим є те, що професійна компетентність – це не статистично досягнутий стан, а динамічний процес становлення, що постійно розгортається.

Запропонована нами психолого-педагогічна модель дозволяє визначити змістовні взаємозв'язки між основними компонентами та видами професійної компетентності майбутнього лікаря та тими чинниками її формування, які забезпечують високий рівень успішності оволодіння майбутньою професійною діяльністю. Саме тісний взаємозв'язок, пропорційний розвиток й формування основних компонентів та видів професійної компетентності майбутнього лікаря забезпечує високий рівень загальної компетентності сучасного лікаря в той час, як «випадання» однієї з складових професійної компетентності позбавляє її повноти та цілісності.

Загальна структура розробленої автором психолого-педагогічної моделі формування професійної компетентності майбутніх лікарів представлена на рисунку 3.1.

Беручи за основу класифікацію видів професійної компетентності та її структурних компонентів, визначених в науковій літературі та представлених в підрозділі 1.1 (див. рис. 1.1), нами було визначено види професійної компетентності майбутнього лікаря, які в своєму гармонійному поєднанні забезпечують оптимальний розвиток його професійної компетентності. До них належать: спеціальна компетентність, соціально-психологічна компетентність, особистісно-творча компетентність, комунікативна компетентність, саморегуляційна компетентність, морально-етична компетентність, правова компетентність. Загальну характеристику визначених видів професійної компетентності майбутнього лікаря наведено нижче.

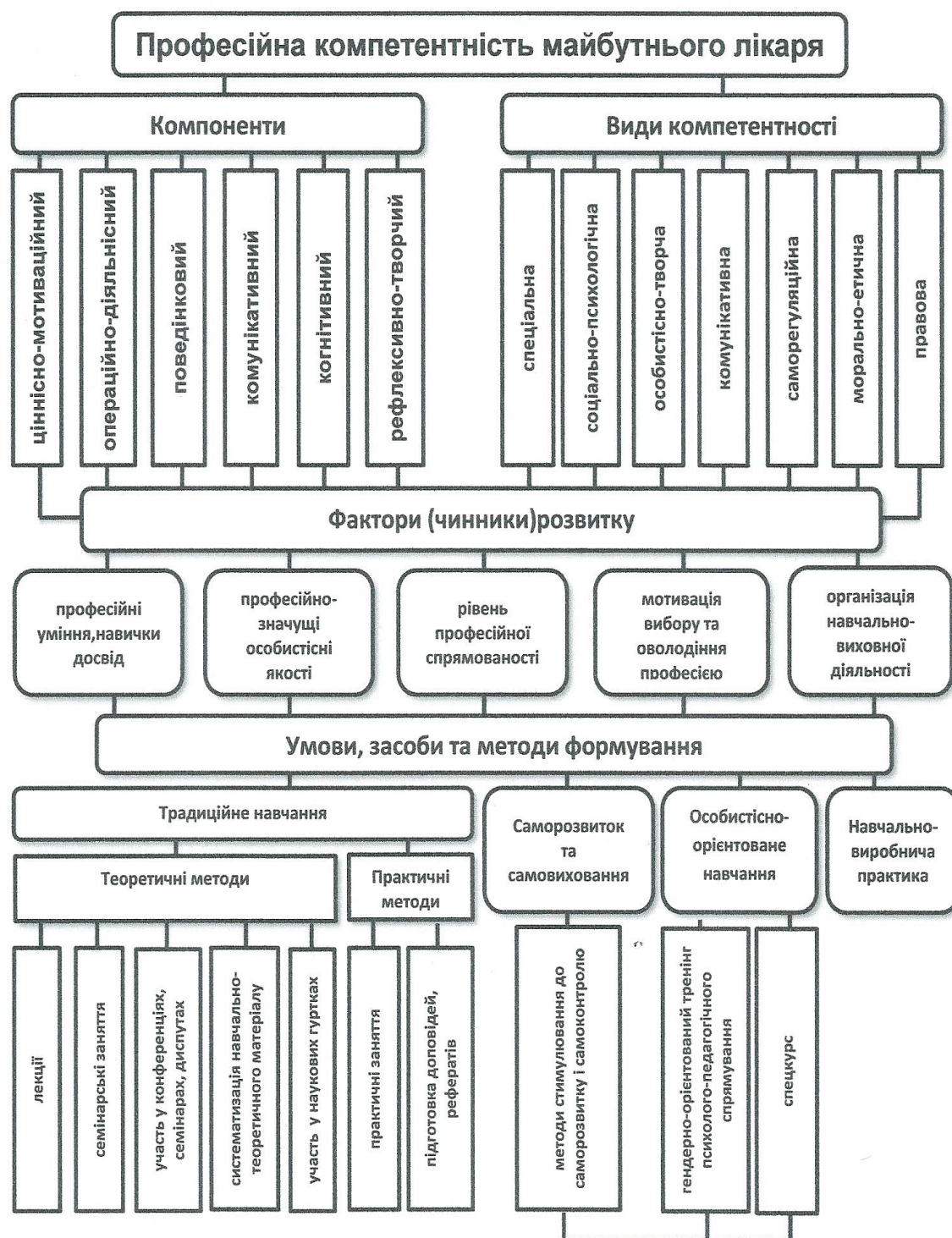


Рис. 3.1. Психолого-педагогічна модель формування професійної компетентності майбутніх лікарів.

Як видно з рисунку 3.1 в розробленій автором моделі формування професійної компетентності майбутнього лікаря визначено основні її види та компоненти; чинники розвитку професійної компетентності, а також зазначено

психолого-педагогічні умови та методи формування професійної компетентності.

Спеціальна компетентність визначається рівнем підготовки майбутнього лікаря до самостійного виконання професійної діяльності, вмінням вирішувати типові професійні задачі й оцінювати результати своєї праці, здатністю самостійно набувати нові знання і вміння за медичною спеціальністю.

За основу визначення соціально-психологічної компетентності ми взяли тлумачення даного поняття Л. Орбан-Лембрик. «Соціально-психологічна компетентність особистості – сукупність спеціальних комунікативних, перцептивних та інтерактивних знань, які дають змогу індивіду орієнтуватися у соціальних ситуаціях, міжособистісних відносинах (взаємодія, відображення соціальних оцінок, регуляція поведінки тощо), приймати правильні рішення та досягати визначених цілей» [135, с. 66]. Тож соціально-психологічна компетентність трактується нами як здатність майбутніх лікарів аналізувати мотиви та стратегії поведінки партнерів по спілкуванню (пацієнтів, колег по роботі) у професійних міжособистісних відносинах.

Особистісно-творча компетентність виявляється в здатності особистості до постійного професійного зростання та підвищення кваліфікації, вмінні знаходити творчий нестандартний підхід у вирішенні професійних завдань, самореалізація в професійній діяльності; містить інтелектуальну лабільність, вміння орієнтуватись у нестандартних ситуаціях, пов'язаних із професійною діяльністю.

Комунікативна компетентність визначається як особистісна характеристика майбутнього лікаря, що виявляється у здатності в межах професійних обов'язків та соціального статусу успішно встановлювати і підтримувати професійне спілкування. Комунікативна компетентність, як її трактує Л. Орбан-Лембрик, є інтегральною якістю особистості, що пронизує всі її професійно-особистісні утворення, як оформленість індивідуальної програми поведінки в системі соціальних відносин, мотиваційна приналежність до певного соціального середовища, спрямованість на розвиток комунікативних

здібностей, прагнення до збереження та розвитку соціально-психологічних традицій конкретного соціального інституту та тієї групи, в якій відбувається її соціалізація, загалом як сформованість комунікативного стилю життя індивіда [135]. Комунікативна компетентність є елементом професійної компетентності майбутнього лікаря, тому що вона є одночасно і умовою, і засобом реалізації професійних завдань.

Саморегуляційна компетентність виявляється у здатності студентів-медиків до самоаналізу, саморегуляції, усвідомлення та саморозвитку професійних якостей. В даному випадку ми взяли за аксіому, що для успішної професійної діяльності майбутнього лікаря обов'язковим є високий рівень здатності до самоконтролю та саморегуляції, що логічно впливає зі специфіки самої професії та змісту професійних завдань.

Морально-етична компетентність виявляється у розвитку загальної культури майбутніх лікарів. Успішність у майбутній професійній діяльності потребує наявності високого рівня розвитку морально-етичних якостей студентів-медиків, які повинні реалізовуватись в професійній поведінці стратегій і тактик етично адекватного спілкування з суб'єктами професійного спілкування. Тож, провідного значення у розвитку морально-етичної компетентності набувають як поведінкові прояви (сумлінне виконання законів та правил, дотримання норм поведінки, визнаних у конкретному суспільстві, вміння відповідально ставитись до виконання будь-якої діяльності тощо), так і відповідні особистісні якості студентів-медиків (чесність, щирість, вміння керуватись гуманістичними принципами в буденному та професійному житті, альтруїзм тощо).

Правова компетентність визначається наявністю у майбутніх лікарів необхідних знань і вмінь в сфері взаємодії з соціальними інститутами, правової обізнаності, правосвідомості та правової культури. Розвиток даного виду компетентності відбувається як під час навчально-виховної діяльності (зокрема, в процесі вивчення дисциплін суспільно-гуманітарного профілю), так і під час проходження навчально-виробничої практики (в процесі ознайомлення із

особливостями діяльності та нормативними документами лікувальних та лікувально-профілактичних установ).

В структурі професійної компетентності майбутнього фахівця з медицини ми виокремили такі складові: ціннісно-мотиваційний, комунікативний, поведінковий, когнітивний, операційно-діяльнісний, рефлексивно-творчий. Становлення кожного компоненту пов'язане із формуванням його характеристик і властивостей як частини цілісної системи. Загальна характеристика компонентів професійної компетентності майбутнього лікаря подана у додатку Ж. Визначені компоненти в нашій роботі виступають в якості критеріїв оцінки рівня розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів. Становлення кожного компоненту пов'язане із формуванням його характеристик і властивостей як частини цілісної системи.

Ціннісно-мотиваційний, поведінковий і комунікативний компоненти реалізують функцію «пускового механізму» на шляху до формування професійної компетентності майбутніх лікарів. В той час як когнітивний та операційно-діяльнісний компоненти створюють інформаційний та практико-орієнтований плацдарм для майбутньої успішної професійної діяльності. Рефлексивно-творчий компонент дозволяє визначити рівневі показники компонентного складу професійної компетентності, найвищий розвиток якого виявляється у професійній готовності до майбутньої медичної діяльності.

Особливості розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту за нашої схемою характеризують мотивація вибору медичної професії, мотиви здійснення професійної діяльності та рівень спрямованості на професійну діяльність. Професійна спрямованість є чинником, що впливає на наполегливість і успішність оволодіння професією, на пізнавальну активність студентів під час навчання, на активність після навчання і влаштування на роботу [47]. Формування професійної спрямованості, як слушно зауважує С.Тихолаз, є важливою умовою формування професійної компетентності спеціаліста із медичною освітою [167]. Рівень професійної спрямованості дозволяє визначити ступінь прояву прагнення студентів-медиків до оволодіння професією лікаря та

бажання в майбутньому працювати за нею. Високий рівень професійної спрямованості і наявність потужної позитивної мотивації особистості розглядаються як ефективні чинники розвитку професійної компетентності [47].

Розвиток операційно-діяльнісного компоненту професійної компетентності студентів-медиків відбувається в загальному контексті навчального процесу (кожна навчальна програма, крім змісту теоретичних знань, містить в собі ще й перелік умінь та навичок, що їх повинен засвоїти кожен студент), але найбільшою мірою його забезпечує навчально-виробнича практика. Проходження навчально-виробничої практики знайомить майбутніх фахівців з медицини із особливостями майбутньої професійної діяльності (організацією лікувальної справи, умовами роботи лікаря тощо); сприяє наближенню до професійної спільноти, активному використанню отриманих знань, подальшому вдосконаленню практичних навичок, набутих упродовж навчального року, формуванню професійних вмінь та отриманню необхідного професійного досвіду.

Особливості формування поведінкового компоненту професійної компетентності у студентів-медиків визначаються рівнем розвитку їх професійно значущих особистісних якостей, і реалізуються, на нашу думку, в умовах спеціально організованих навчально-професійних занять, що мають практичну спрямованість.

Когнітивний компонент забезпечує цілісність уявлень про професійну діяльність, активізує пізнавальну роботу студента, сприяє розвитку й збагаченню когнітивного досвіду і визначається як здатність сприймати, переробляти в свідомості, зберігати в пам'яті та відтворювати в потрібний момент інформацію для вирішення тих чи інших теоретичних і практичних завдань. Рівень розвитку когнітивного компоненту визначається широтою, глибиною та системністю знань в медичній галузі (професійний інтелект), а також особливостями розвитку пізнавальних процесів (сприймання, уваги, пам'яті, мислення, уяви).

Комунікативний компонент проявляється у вмінні встановлювати міжособистісні зв'язки, обирати оптимальний стиль спілкування в різноманітних ситуаціях професійної діяльності, володіти засобами вербального і невербального спілкування. Базовими особистісними якостями даного компоненту є емоційна адекватність, гнучкість спілкування, доброта, гуманність, чуйність, терпіння, емпатійність, низький рівень егоїстичності, високий рівень особистісної впевненості та комунікативна компетентність.

Рефлексивно-творчий компонент професійної компетентності дозволяє здійснювати самопізнання, самосвідомість, самоконтроль, саморегуляцію та власний саморозвиток. Він (компонент) виявляється в умінні свідомо контролювати результати своєї діяльності й рівень власного розвитку, особистісних досягнень; сформованість таких якостей й властивостей як креативність, ініціативність, націленість на співробітництво, співтворчість, здатність до самоаналізу. Рефлексивно-творчий компонент є регулятором особистісних досягнень, пошуку особистісних смислів в спілкуванні з людьми, самокерівництва, а також спонукає до самопізнання, професійного зростання, удосконалення майстерності, смислотворчої діяльності й формування індивідуального стилю діяльності. Рефлексивно-творчий компонент зумовлює розвиток професійної майстерності, здатності знаходити творчий нестандартний підхід у вирішенні професійних завдань, інтелектуальну лабільність, вміння орієнтуватись у нестандартних ситуаціях. Розвиток рефлексивно-творчого компоненту професійної компетентності майбутнього лікаря являє собою формування здатності до рефлексії в процесі вирішення професійно-значущих завдань та здатність знаходити творчий нестандартний підхід у вирішенні професійних завдань, інтелектуальну лабільність, вміння орієнтуватись у нестандартних ситуаціях.

Визначені види та компоненти професійної компетентності гармонійно вбудовані в представлену модель, що, в свою чергу, дозволяє визначити систему факторів, чинників, умов, засобів та методів формування професійної компетентності майбутніх лікарів в умовах навчально-професійної діяльності.

У відповідності до розробленої нами моделі, чинниками становлення професійної компетентності майбутніх лікарів виступають розвиток професійно значущих особистісних якостей, наявність необхідних професійних умінь, навичок та професійного досвіду, розвиток професійної спрямованості, мотивація вибору та оволодіння медичною професією, а також особливості організації навчально-виховної діяльності.

Умови, засоби та методи формування професійної компетентності об'єднують теоретичні і практичні прийоми традиційного навчання (у формі семінарських і практичних занять, лекцій, підготовки доповідей і рефератів, участь у наукових конференціях, семінарах, диспутах); саморозвиток та самовиховання особистості (методи стимулювання до саморозвитку і самоконтролю); проходження виробничої практики (здобуття професійного досвіду, формування професійних навичок і вмінь); застосування методів особистісного-орієнтованого навчання (методів активного навчання).

Впровадження запропонованої моделі в систему професійної підготовки майбутніх лікарів сприятиме, на нашу думку, оптимізації становлення їх професійної компетентності. Формування визначених компонентів ПК в умовах спеціально-організованого навчання на засадах особистісно-орієнтованого підходу в процесі навчально-пізнавальної діяльності визначає можливість впливу на готовність майбутніх лікарів до професійної діяльності.

В контексті реалізації вищезазначеної моделі формування професійної компетентності майбутніх лікарів в рамках особистісно-орієнтованого підходу, формувальні впливи здійснювався за такими напрямками: розвиток ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового і рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності (див. підрозділ 3.2).

Структура, завдання, особливості організації та проведення програми формувальних впливів представлені у підрозділі 3.2 нашої роботи.

3.2 Організація та проведення гендерно-орієнтованої програми формування професійної компетентності майбутніх лікарів в умовах навчально-професійної діяльності

З метою оцінити ефективність створеної нами гендерно-орієнтованої програми формування професійної компетентності майбутніх лікарів та дієвість запропонованих методів був проведений формувальний експеримент.

Процедура формування професійної компетентності майбутніх лікарів здійснювалось на засадах особистісного-орієнтованого підходу через реалізацію програми авторського спецкурсу «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», а також проведення гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів».

Визначені етапи формувальних впливів мають відповідну спрямованість у навчальній діяльності майбутніх лікарів: впровадження авторського спецкурсу з психології (лекції, практичні заняття, завдання для самостійного опрацювання, написання есеїв, рефератів тощо) сприяє засвоєнню студентами професійно важливої інформації; проведення тренінгу (аналіз професійних ситуацій, ділові, рольові ігри) дозволяє змодельовати предметний і соціально-психологічний аспекти медичної діяльності.

Програма формування професійної компетентності майбутніх лікарів базувалась на засадах гендерно-орієнтованого підходу, теоретико-методологічною основою якої стали провідні ідеї гуманістичної психології та педагогіки (А. Маслоу, К. Роджерс та ін.), про самосприйняття і самоактуалізацію особистості, максимальне самовираження її потенційних здібностей, адекватне особистісне зростання та ін.; генетико-психологічна теорія існування і зростання особистості академіка С. Максименка; принципи гендерного підходу (саморозвитку, культуродоцільності, діалогічного стилю

спілкування, опосередкованого втручання, аксіологічності, комплексності, цілісності) як базового особистісно-егалітарного в особистісному розвитку та подальшій самореалізації внутрішнього потенціалу особистості, що лежить в основі егалітарної моделі статевої соціалізації (Т. Говорун, О.Кікінежді); положення про наративну обумовленість процесу гендерної ідентифікації як частини Я-концепції особистості (В. Барр, В.Джеймс, О. Кікінежді, Дж.Келлі, Н.Чепелєва). Як зауважує О. Кікінежді: «.. теми наративу є об'єктивацією смислових конструктів, які складають, у свою чергу, індивідуальну суб'єктивну реальність» [90, с. 70]. В онтогенезі індивіда формуються різні типи наративів залежно від соціокультурного оточення і набуття гендерної ідентичності як складової особистісної ідентичності (Н.Чепелєва) [178]; [179].

В процесі складання програм спецкурсу та гендерно-орієнтованого тренінгу ми також орієнтувались на думку С. Максименка, що «особистість – це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції, та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ» [114, с. 25].

Доцільність застосування активних форм та методів навчання в практиці підготовки фахівців, у тому числі й лікарів, показана в працях провідних зарубіжних та вітчизняних психологів і педагогів, зокрема О. Бондаренка, А.Борисюк, А. Васюка, А. Вербицького, Н. Городнової, В. Дубрової, Ю.Ємельянова, В.Захарова, О. Кікінежді, С. Лігер, Г. Лютової-Робертс, С.Максименка, Г. Моніної, Л.Орбан-Лембрик, Л. Петровської, В. Семиченко, Є. Сидоренко, Н. Чепелєвої, Ю. Швалба, Л. Шнейдера, Н. Яковлевої та ін.

В дослідженнях науковців значна увага приділяється пошуку ефективних методів професійної підготовки спеціалістів, серед яких чільне місце посіли активні методи навчання, зокрема тренінгові технології. Проте поза увагою дослідників залишається проблема впровадження активних форм та методів навчання в напрямку особистісно-орієнтованого підходу у практику професійного навчання студентів вищих медичних навчальних закладів з

урахуванням гендерного підходу, що дозволяє розширити межі можливостей професійної самореалізації майбутніх лікарів чоловічої та жіночої статі.

Впровадження форм особистісно-орієнтованого навчання у практику професійної підготовки студентів вищих медичних закладів освіти дозволяє здійснити перехід від традиційної логіки трансляції знань в готовому вигляді до їх активного та творчого засвоєння в реальному світі. Оскільки, аналізуючи сучасні стратегії навчання, не всі знання опановуються студентами, а лише ті, в яких вони вбачають особистий сенс, які становлять практичну цінність і виступають засобом досягнення життєвих та професійних цілей. За таких умов гендерні знання набувають особливого статусу щодо реалізації творчих цілей особистості.

Врахування гендерної складової у побудові програм спецкурсу та тренінгу, на нашу думку, реалізує важливу мету – розвиток асертивної особистості. Це в свою чергу, дозволяє створювати умови для повноцінного професійного та особистісного розвитку майбутніх фахівців, сприяє вихованню гендерно-паритетних взаємин між студентами, вільних від твердих стереотипів маскулінності та фемінності у традиційному розумінні. Також це є запорукою виховання нової особистості з високими інтенціями відкритості та адаптивності в усіх сферах життя, необмеженими можливостями індивідуального життєвого вибору й самореалізації. Адже, як слушно зауважує О. Кікінежді: «шлях до гендерної культури пролягає через гендерну поінформованість (обізнаність), гендерну чуйність (розвиток умінь враховувати відсутність певних інтересів чи навичок, створення умов для їхнього розвитку) та вироблення асертивності в дійовому протистоянні й протиставленні статевим стереотипам» [91, с. 158].

У формувальному експерименті брали участь 45 студентів (юнаків та дівчат) третього курсу ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», які були розподілені на 3 підгрупи. Контрольну групу склало також 45 студентів.

Формувальний експеримент здійснювався за такими напрямками:

1) розвиток комунікативного компоненту професійної компетентності (експресії, рефлексії, емпатії, соціальної перцепції, навичок керівництва вербальною і невербальною комунікацією, навичок впевненої (асертивної) поведінки), що виявляється у вмінні встановлювати міжособистісні зв'язки, обирати оптимальний стиль міжособистісної взаємодії в різноманітних ситуаціях професійного спілкування;

2) розвиток і удосконалення ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності (мотивів, цілей, потреб у професійному навчанні, професійних інтересів і цінностей, спрямованість на майбутню професійну діяльність), що сприяє усвідомленню своєї професійної позиції та визначає наявність інтересу до майбутньої професійної діяльності, який характеризує потребу особистості в знаннях, в оволодінні продуктивними способами організації навчальної діяльності;

3) формування рефлексивно-творчого компоненту професійної компетентності. Розвиток самооцінки, самосвідомості, самоконтролю, власної значущості, віри та впевненості у себе, відповідальності за результати своєї діяльності, розуміння себе і своїх потреб в напрямку самореалізації в професійній діяльності, усвідомлення власних гендерних характеристик та паттернів поведінки. Формування рефлексивно-творчого компоненту професійної компетентності передбачає набуття навичок асертивної поведінки особистості, розвиток гнучкості гендерної ідентичності в структурі Я-концепції особистості, що призводить автоматично до зміни поведінки у результаті перебудови уявлень про себе та інших; прагнення до самозмін і саморозвитку; розвиток професійної майстерності, здатності знаходити творчий нестандартний підхід у вирішенні професійних завдань, розвиток інтелектуальної лабільності, вміння орієнтуватись у нестандартних ситуаціях, а також сприяє реалізації особистісного потенціалу у майбутніх лікарів.

4) розвиток поведінкового компоненту, який містить конкретні дії, поведінкові прояви (у тому числі вербальні) чи потенційні поведінкові реакції у сфері професійної (навчально-професійної) діяльності та міжособистісного

спілкування. Формування цього компоненту професійної компетентності відбувається через розвиток професійно значущих особистісних якостей майбутніх лікарів; розвиток професійної ідентифікації, професійного самовизначення, саморегуляції, і реалізується за допомогою спеціально організованих навчально-професійних завдань, що мають практичну спрямованість.

Перший етап формувальних впливів здійснювався за допомогою проведення практичних та лекційних занять з авторського спецкурсу з психології «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря». Навчальна програма авторського спецкурсу була розроблена з метою доповнення навчального плану професійної підготовки майбутніх лікарів цілеспрямованими психолого-педагогічними методами особистісно-орієнтованого навчання, що сприятимуть оптимізації розвитку особистості студентів, їх гендерної культури та професійної компетентності. Основною метою особистісно-орієнтованого навчання є процес психолого-педагогічної допомоги студенту в становленні його суб'єктності, культурної ідентифікації, соціалізації, життєвому самовизначенні. Особистісно орієнтований підхід з'єднує виховання та освіту в єдиний процес становлення особистості, її розвитку, підготовки до майбутньої професійної діяльності [14], [21], [172].

Програма спецкурсу передбачає використання в навчальному процесі методів активного навчання: розв'язування професійних завдань, аналіз ситуацій, проблемні методи, ділові та рольові ігри, дискусії, диспути, «мозкові штурми», міні-дослідницькі проекти (написання есею, реферату) тощо.

При побудові програми спецкурсу ми орієнтувались на обґрунтований А.Вербицьким контекстний підхід до організації навчального процесу, який передбачає моделювання за допомогою комплексу дидактичних форм, методів і засобів предметного та соціального змісту майбутньої професійної діяльності [168]. С. Тихолаз аналізуючи контекстний підхід в навчальному процесі із студентами медичного університету зауважує: «У методах і формах організації навчання тією чи іншою мірою мають бути представлені реальні особливості

медичної професії, завдяки чому у студентів формуватиметься ціннісне ставлення до неї, зміцнюватиметься професійна спрямованість. Навчальна діяльність стає особистісно значущою, оскільки в ній простежуються особливості майбутньої професії, завдяки чому створюються реальні можливості для розвитку не тільки навчально-пізнавальної, але й професійної мотивації студентів. За такої умови навчальний матеріал набуває для них особистісного смислу, який виражається в переживанні професійної значущості засвоєваних знань і виконуваних дій, що, у свою чергу, є важливим чинником стимулювання пізнавальної активності студентів і формування у них ціннісного ставлення до медичної професії» [168, с. 167].

Отож, розвиток пізнавальної активності студентів під час занять стимулюється в першу чергу, пов'язанням проблем, які мають практичну спрямованість і пов'язні безпосередньо з їх майбутньою професійною діяльністю. У цьому випадку пізнавальна діяльність майбутніх лікарів стимулюється прагненням до професіоналізму, інтересом до майбутньої професійної діяльності [168].

При розробці навчальної програми спецкурсу з психології ми орієнтувались на положення О. Кікінежді про те, що гендерно-орієнтоване навчання надає можливість проектувати, конструювати та організовувати умови для розуміння студентами важливості для професійного та особистісного розвитку, орієнтації на егалітарні цінності [91].

Навчальна програма авторського спецкурсу містить пояснювальну записку, тематичний план, зміст дисципліни «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», вказівки до написання есеїв та рефератів, теми та вимоги до написання есеїв, рефератів, питання для самоконтролю, список рекомендованої літератури, перелік інтернет-ресурсів з гендерної проблематики та професійного становлення особистості медичного працівника.

Програма авторського спецкурсу з психології є професійно-орієнтованою і побудована з урахуванням сучасних підходів в рамках гендерних досліджень в психології та містить матеріали з проблеми гендерних особливостей

професійного становлення та розвитку особистості чоловіка та жінки, а також змістові аспекти формування професійної компетентності лікаря.

Програма спецкурсу «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря» розрахована на 24 академічних години (з них 6 годин – лекційних, 10 годин – практичних і 8 годин – самостійна робота студента). Зміст програми включає 8 логічно поєднаних між собою тем лекційних та практичних занять, а також теми, які виділені на самостійне опрацювання студентами. Аудиторні заняття із студентами-медиками проводились у позанавчальний час, оскільки навчальними планами не було передбачено достатньої кількості годин для подібної роботи.

Завдання, опис навчальних цілей та тематичний план навчальної програми авторського спецкурсу «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря» подано у додатку 3.

В процесі навчання використовувались традиційні (лекції, практичні заняття) та інтерактивні методи викладання (групові дискусії, конференції, робота в мікрогрупах тощо), що дозволило дотримуватись як вимог академічності, так й особистісної спрямованості навчального предмету.

Лекційні заняття із студентами переважно проводились у вигляді міні-лекцій із використанням мультимедійного проектору та подальшим груповим обговоренням представленого теоретичного матеріалу. Практичні заняття передбачали груповий формат роботи із використанням методів активного особистісно-орієнтованого навчання (навчальний діалог, імітаційно-ігрові ситуації, методики «мозкової атаки» тощо).

Самостійна робота студента (СРС) передбачала опрацювання студентами визначених в межах навчальної програми тем, із обов'язковим використанням літературних джерел та інтернет-ресурсів (перелік був запропонований студентам в межах програми спецкурсу) з різних галузей психології (гендерної психології, соціальної психології, психології спілкування, диференційної психології, візуальної психодіагностики, акмеології, психології управління, психології професій, психології медичної праці та ін.

В кінці вивчення курсу студенти презентували підготовлені есеї на визначені теми спецкурсу. Письмова робота студентів у вигляді есе дозволила продемонструвати їх здібності використовувати вивчений теоретичний матеріал (теорії, концепції, підходи у рамках вивчення спецкурсу) для аналізу різних феноменів професійного становлення чоловіків та жінок в рамках гендерного підходу, а також реальних професійно-орієнтованих ситуацій міжособистісної поведінки та взаємодії людей в медичній професії.

Проблема дефіциту навчального часу в процесі навчально-професійної діяльності студентів, а також відсутність можливості проводити аудиторні заняття авторського спецкурсу в межах навчального процесу (оскільки це непередбачено навчальним планом підготовки лікарів) визначили потребу у розробці тренінгу, як провідної технології в процесі формування професійної компетентності майбутніх лікарів.

Нами було розроблено програму гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів». Тренінг розглядався нами як ефективний метод, що сприяє інтенсивному розвитку визначених компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів та способ пом'якшення психологічної залежності студентів-медиків від гендерних стереотипів існуючих на шляху до професійного зростання чоловіків та жінок.

Особливе значення тренінгу у контексті завдань професійної підготовки фахівців підкреслює О. Євтихов, який зазначає, що можливість роботи безпосередньо з досвідом дозволяє використання психологічного тренінгу в якості важливого елементу професійної підготовки [53]. Фахівець, який проходить підготовку у тренінгу, наголошує О. Євтихов, одержуючи зворотний зв'язок, виявляє наявні у нього дефіцити вмінь та навичок, різноманітні «білі плями» теоретичних знань, а також неадекватність установок і стереотипів поведінки [53, с. 17]. Для нас цей момент важливий з огляду завдань нашого дослідження.

Більшість дослідників [19], [53], [55], [137], [184] розглядають тренінг як сукупність психокорекційних і навчальних методів, спрямованих на розвиток навичок самопізнання і саморегуляції, спілкування і міжперсональної взаємодії, комунікативних і професійних впливів. Тренінг, розглядається нами, як багатофункціональний метод психологічного впливу на людину, який використовується з метою навчання, розвитку професійно важливих якостей і властивостей, особистісних характеристик. В основу тренінгу покладено положення О. Бодальова про те, що людина є цілісною і будь-який виховний вплив викликає складний ефект, створюючи зміни у фізичному стані, емоційно-моральному настрої, пізнавальних процесах та інших її характеристиках.

На цьому етапі формувального експерименту взяли участь 45 студентів третього курсу, які були розподілені у 3 тренінгових групи, по 15 осіб в кожній. Кількість юнаків та дівчат в кожній тренінговій групі була приблизно однаковою (по 6 – 9 осіб).

Методологічною основою побудови програми тренінгу виступив принцип психологічної рівності статей, розвитку індивідуальності та взаємозамінності гендерних ролей (Т. Бендас, С. Бем, В. Геодакян, Т. Говорун, О. Денисова, О.Кікінежді, І. Клецина та ін.)

При побудові тренінгової програми ми дотримувались наступних методологічних умов щодо організації тренінгових технологій, що досить ґрунтовно описано у наукових джерелах [19], [53], [55], [129], [137], [156]:

- В тренінгу як педагогічній технології використовуються різноманітні форми і методи навчання, які спрямовані на досягнення конкретних цілей навчання;
- Всі форми та методи групової роботи в тренінгу реалізуються відповідно визначених педагогічних цілей, поетапно і визначаються структурою «технологічного кроку» тренінгових технологій;
- В якості обов'язкових модулів структури «технологічного кроку» розглядають: «занурення» (адаптація, знайомство), міні-лекція, ігрові вправи, групова дискусія.

Розроблений нами гендерно-орієнтований тренінг психолого-педагогічного спрямування містить у собі елементи перцептивного тренінгу, який спрямований на розвиток здатності адекватного й найбільш повного пізнання себе й інших людей та відносин, що складаються в міжособистісній взаємодії; професійного тренінгу, який спрямований на розвиток професійно значущих умінь, навичок та особистісних якостей студентів-медиків, а також на формування та корекцію гендерних установок, необхідних для успішної міжособистісної взаємодії в професійній діяльності майбутніх лікарів; тренінг комунікативної компетентності (соціально-психологічний тренінг), який спрямований на підвищення загальної життєвої компетентності особистості студентів, розвитку активного слухання, розвитку знання вербальних та невербальних засобів спілкування, розвиток асертивних навичок спілкування та інших професійно важливих навичок спілкування.

Гендерно-орієнтований тренінг психолого-педагогічного спрямування, розроблений нами, являє собою цілісну динамічну систему тренінгових вправ і ґрунтується на принципах активної групової роботи. Тренінгова програма містить як оригінальні, так і запозичені й модифіковані в цілях нашої роботи вправи, описані в працях інших авторів (Т. Говорун, О. Кікінежді, І. Клециної, О. Лютової-Робертс, Г. Моніної, Л. Шнейдера, Н. Чепелевої, та ін.). Кількість вправ і завдань є достатньою для розвитку визначених компонентів професійної компетентності майбутнього лікаря.

Програма тренінгу дозволяє студентам тренуватись одночасно як на поведінковому рівні, на рівні професійних дій, емоційних взаємин, так і на когнітивному рівні.

Під час тренінгу через міжособистісну взаємодію відбувається розкриття особистісної проблематики членів групи та її психокорекція. Тренінгові вправи ми орієнтували не тільки на розв'язання особистісних психологічних проблем студентів, розвиток професійно-важливих якостей, а й на розкриття внутрішнього потенціалу особистості, формування властивостей та якостей, які

сприяють збереженню і зміцненню професійного здоров'я, досягненню високого рівня професіоналізму.

Робота в тренінговій групі базувалась на гуманістично спрямованих принципах та положеннях групової роботи, які детально описані в додатку К.

У розробленій тренінговій програмі в якості основних методів використовувались спеціально відібрані та адаптовані нами активні методи навчання – професійно-орієнтовані вправи у формі ділових і ситуативно-рольових ігор та групових дискусій. Допоміжними методами роботи у груповій роботі виступали: арт-терапевтичні техніки, психогімнастичні вправи та вправи-релаксації.

Вищезазначені активні форми навчання використовувались нами з метою залучення кожного учасника групи до активності, групової комунікації, самостійності, творчості, відповідальності; сприяння саморозвитку, самовизначенню, самовдосконаленню, самореалізації; формування навичок асертивної поведінки та конструктивного спілкування, толерантності, емпатії; розвитку професійної компетентності медичних фахівців.

Висока цінність активних форм групової роботи визнається багатьма психологами (Т. Говорун, П. Горностай, Н. Городнова, І. Вачков, О. Євтихов, Ю. Ємельянов, О. Кікінежді, І. Клецина, О. Лютова-Робертс, Г. Мони́на, Л.Петровська, О. Сидоренко та ін.). Дослідники підкреслюють досить широкий спектр методичних форм тренінгу, який характеризується різноманітністю завдань, що розв'язуються в процесі групової роботи.

Професійно-орієнтовані вправи (ділові та ситуативно-рольові ігри) у роботі нашої тренінгової групи були призначені задля «програвання», розігрування професійно-орієнтованої ситуації, яка містила гендерно забарвлену соціально-психологічну проблему, з метою відпрацювання конструктивних та виявлення неконструктивних комунікативних моделей взаємодії у професійній сфері лікаря.

Основна мета рольової гри полягала в тому, щоб надати можливості учасникам тренінгу виявити свою індивідуальність, творчі можливості, реальні

почуття і думки, розвинути вміння «входити» у стан інших людей, краще розуміти їхні позиції і почуття, а також створити умови для кращого осмислення норм і правил професійної поведінки і спілкування.

Використання групових ігор в процесі тренінгового заняття реалізує, як мінімум, дві функції: діагностичну та розвивальну. Діагностичний ефект полягає в отриманні учасниками можливості експлікувати свій власний досвід спілкування: усвідомити свої особливості як суб'єкта міжособистісної взаємодії, а також ті паттерни поведінки, які стають перешкодою на шляху до особистісної та професійної самореалізації. Навчальний ефект ділових та ситуативно-рольових ігор виявляється у можливості побачити різні альтернативи поведінки у запропонованих ситуаціях професійної взаємодії, «примірювання» подібних засобів поведінки на себе і перевірити ці здібності.

Дискусійні методи (групова дискусія, аналіз випадків із практики та ситуацій вибору) використовувались з метою аналізу ігрових вправ для виявлення конструктивних та деструктивних поведінкових комунікативних моделей, зворотнього зв'язку, рефлексії.

В процесі групових дискусій учасники мали можливість в процесі групового обговорення проблеми знаходити альтернативні рішення складних та типово можливих особистісно забарвлених та професійних ситуацій з медичної практики, а також виступали у ролі окремого учасника дискусії. Завдяки груповій дискусії учасники спонтанно наповнювали робочий процес групи конкретно-змістовим матеріалом, який відкривав можливості для виявлення неусвідомлених гендерних стереотипів поведінки, що, за підсумковими звітами учасників, були причинами певних труднощів у взаємодії з іншими, викликали внутрішній дискомфорт, визначали вектор самопочуття, а також виступали у якості перепон на шляху до особистісної та професійної самореалізації.

В якості допоміжного методу групової роботи, який спирається на засоби невербальної комунікації (міміку, жести, рухи), ми використовували психогімнастику. Головною метою цього методу є встановлення атмосфери довіри в групі, покращення настрою учасників й створення позитивного

емоційного фону, а також зміна особистісних характеристик суб'єкта невербальними засобами. Невербальні методи є ефективними засобами оптимізації соціально-перцептивної сфери особистості, оскільки зосереджують увагу на «мові тіла». Чутливість до невербальної мови є дуже важливою для майбутнього лікаря, формування продуктивного стилю професійної комунікативної взаємодії, розуміння внутрішнього світу інших людей.

Арт-терапевтичні техніки в роботі тренінгової групи використовувались з метою спонукання кожного учасника до саморозкриття, вираження емоційних реакцій, прийняття та усвідомлення своєї професійної ролі, рефлексії своїх гендерних уявлень, аналізу й обговорення групових ситуацій, надання зворотного зв'язку. Як відомо, використання арт-терапевтичних методів в груповій роботі дозволяє мобілізувати творчий потенціал особистості й активізувати внутрішні механізми її саморегуляції.

Учасникам тренінгу також пропонувались вправи-релаксації, спрямовані на гармонізацію психоемоційного стану, зняття втоми, поповнення енергії, позбавлення від негативних емоцій. Ці вправи майбутні лікарі зможуть використовувати як метод антистресової саморегуляції у своїй майбутній професійній діяльності.

Зміст та приклади тренінгових вправ, які використовувались нами у груповій роботі зі студентами наведені нижче в даному підрозділі нашої роботи та у додатку 3.

Складаючи тренінгову програму, ми зважали на загальні цілі гендерно-орієнтованого тренінгу: 1) розвиток ціннісно-мотиваційного компоненту (професійна спрямованість, ціннісні установки, інтереси, мотивація до навчально-професійної діяльності тощо) професійної компетентності майбутніх лікарів; 2) розвиток рефлексивно-творчого компоненту (професійна рефлексія, самосвідомість, самооцінка, саморегуляція тощо) професійної компетентності майбутніх лікарів; 3) розвиток комунікативного компоненту (комунікативні якості і здібності, комунікативна культура, вербальні та невербальні навички спілкування, асертивність, комунікативна компетентність

тощо) професійної компетентності майбутніх лікарів; 4) розвиток поведінкового компоненту (професійна ідентифікація, професійне самовизначення, професійно значущі особистісні якості тощо) професійної компетентності майбутніх лікарів; 5) формування стратегії гендерного партнерства та гендерного балансу в процесі подальшого професійного навчання та міжособистісної взаємодії в студентському колективі на засадах егалітарного спілкування.

Загальні цілі гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування, який покликаний створити сприятливі умови для подальшої самореалізації майбутніх лікарів у майбутній професійній діяльності визначались через реалізацію наступних завдань:

- 1) Створення умов для розвитку особистості учасників групи через усвідомлення власних гендерних характеристик (гендерних стереотипів, переконань, очікувань, настанов);
- 2) Сприяти подоланню бар'єрів традиційного сприймання психологічних характеристик і соціальних ролей особистості залежно від статі;
- 3) Дослідження власних зразків гендерної поведінки студентів у спеціально створених професійно-орієнтованих ситуаціях міжособистісної взаємодії;
- 4) Корекція гендерних стереотипів та установок, які виступають у якості перепон на шляху до особистісного та професійного розвитку майбутніх лікарів;
- 5) Формування гендерних установок, необхідних для успішної міжособистісної взаємодії в майбутній медичній професії;
- 6) Розвиток рефлексії Я (Я-чоловік/Я-жінка) через збагачення гендерних знань студентів;
- 7) Формування стратегії гендерного партнерства та гендерного балансу в процесі подальшого професійного навчання та міжособистісної взаємодії (професійного спілкування);

- 8) Опанування рефлексивними техніками самоконтролю і саморегуляції поведінки;
- 9) Здобуття навичок впевненої (асертивної) поведінки та інших професійно важливих навичок спілкування (активного слухання, знання вербальних та невербальних засобів спілкування та ін.).
- 10) Розвиток професійно значущих умінь, навичок та особистісних якостей майбутніх лікарів (доброзичливості, толерантності, чуйності, відвертості, комунікативності, емпатійності тощо);
- 11) Формування вмінь критичного і творчого мислення у процесі вирішення професійних завдань;
- 12) Розвиток здатності позитивного сприймання і прийняття себе, своїх достоїнств та недоліків, усвідомлення власної цінності й унікальності, формування позитивної Я-концепції;
- 13) Розвиток готовності до самозмін, саморозвитку, самореалізації у сфері майбутньої професійної діяльності.

Зміст гендерно-орієнтованої тренінгової програми «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів» по модулях представлено у додатку К. Програма тренінгу містить 4 модулі, відповідно до напрямів роботи: модуль 1. – організаційно-інтеграційний (заняття №1); модуль 2. – рефлексивно-творчий (заняття №№ 2 – 4); модуль 3. – комунікативно-поведінковий (заняття №№ 5– 7); модуль 4. – ціннісно-мотиваційний (заняття №№ 8 – 9). Окремі модулі тренінгу в нашій програмі об'єднувались в ціле на основі єдиної моделі розвитку професійної компетентності майбутнього лікаря, описаній у підрозділ 3.1.

Тренінгова програма розрахована на дев'ять занять. Тривалість тренінгу (одного повного циклу) визначалась умовами та змістом занять, а також залежала від кількості присутніх на занятті учасників і коливалась в межах від 27 до 36 годин. Тренінгові заняття проводились 1 раз на тиждень по 4 години одне заняття з «домашніми завданнями». Участь у тренінгу була добровільною,

а обов'язковою умовою участі у тренінгу – гетерогенний склад групи (переважно однакова кількість юнаків та дівчат).

Зміст програми розробленого нами гендерно-орієнтованого тренінгу відповідно до модулів групової роботи із визначенням основних цілей, переліком тренінгових вправ (діагностичні техніки, ситуативно-рольові ігри, групові дискусії), які використовувались на певному етапі тренінгової роботи та загальної її тривалості (кількості годин) представлено у додатку К.

Основною метою організаційно-інтеграційного етапу групової роботи було знайомство учасників один з одним, «налаштування» на роботу у групі, вироблення групових правил та норм, мотивування, включення учасників в роботу, а також визначення очікувань й подальшого напрямку роботи в групі.

Модуль 2 (рефлексивно-творчий) містить вправи на розвиток професійної рефлексії, самосвідомості й самоконтролю, саморозвитку, розвиток навичок асертивної поведінки, підвищення рівня самооцінки особистісних та професійно значущих якостей майбутніх лікарів. Загальною метою комплексу тренінгових вправ даного модулю є розвиток гнучкості гендерної ідентичності в структурі Я-концепції особистості, що призводить автоматично до зміни поведінки у результаті перебудови уявлень про себе та інших, а також здатності знаходити творчий нестандартний підхід у вирішенні професійних завдань, що сприяє реалізації особистісного потенціалу у майбутній професійній діяльності майбутніх лікарів. Даний етап групової роботи розрахований на три заняття, загальною тривалістю дванадцять годин.

Модуль 3 (комунікативно-поведінковий) містить вправи на розвиток комунікативного та поведінкового компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів. Визначені вправи спрямовані на розвиток комунікативних якостей (емоційна адекватність, гнучкість спілкування, доброта, гуманність, чуйність, терпіння, емпатійність), здібностей, вмінь та навичок керівництва вербальною і невербальною комунікацією у студентів. Метою даного модулю тренінгових вправ є активізація розвитку професійної ідентифікації та професійно значущих особистісних якостей у майбутніх лікарів.

Комунікативно-поведінковий модуль тренінгової програми розрахований на три заняття, загальною тривалістю дванадцять годин.

Модуль 4 (ціннісно-мотиваційний) містить вправи, що спрямовані на розвиток мотивів, цілей, настанов, потреб у професійному навчанні студентів. Використання тренінгових вправ даного модулю сприяє розвитку професійних інтересів та цінностей у майбутніх лікарів, формування їх професійної ідентичності та активізує спрямованість на майбутню професійну діяльність. Тривалість модулю розрахована на вісім годин групової роботи.

Отож, реалізація гендерно-орієнтованої тренінгової програми формування професійної компетентності передбачала використання різноманітних вправ на розвиток професійної ідентичності та професійної спрямованості студентів-медиків, формування необхідних професійно важливих якостей особистості майбутнього лікаря, усвідомлення власних потреб, можливостей, професійних інтересів і цінностей, а також усвідомлення (рефлексії) ролі гендерних стереотипів існуючих в буденній свідомості, які перешкоджають особистісному та професійному зростанню молоді.

Важливим в контексті реалізації програми формувальних впливів при проведенні тренінгових занять були вправи на розвиток асертивної поведінки майбутніх лікарів. Асертивність як здатність виявляти наполегливість у досягненні мети є необхідною умовою професійного зростання майбутнього лікаря. Асертивність як особистісна якість і соціальна поведінка виявляється в умінні відстоювати свої права, домагатись бажаного ставлення до себе, не поступаючись власними принципами і не порушуючи прав інших. Вироблення асертивності у процесі тренінгових вправ передбачає уміння позбуватися «катастрофічних думок» шляхом їх моніторингу та пошуку альтернативних, моделювання наполегливості шляхом уподібнення взірцю в уяві й на практиці [91]. Приклади вправ на розвиток асертивності особистості, які використовувались на тренінгу, наведені в кінці даного підрозділу нашої роботи.

Формувальний ефект мало виконання спеціально відібраних вправ для розвитку ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового і

рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів. Реалізація програми формувальних впливів, як вже зазначалось вище, здійснювалась на засадах особистісного-орієнтованого підходу й передбачала використання спеціально відібраних професійно-орієнтованих вправ (у формі професійно-орієнтованих ділових та ситуаційно-рольових ігор, групових дискусій). Деякі приклади тренінгових вправ, наведено в кінці даного підрозділу нашої роботи.

В ділових та ситуативно-рольових іграх акцент робився на міжособистісному спілкуванні. В грі всі учасники «програвали» ролі та ситуації, які є значущими для їх особистого життя та майбутньої професійної діяльності. При цьому ігровий характер ситуації дозволяв учасникам звільнитись від практичних наслідків їх вирішення, що збільшувало границі пошуку альтернативних гендернонетипових способів поведінки, надавало простір для творчості. Психологічний аналіз проведеної гри в процесі групового обговорення сприяв посиленню її навчального ефекту.

Процес обговорення рольових ситуацій був спрямований на майбутню професійну діяльність студентів-медиків. Спочатку сам «лікар» аналізував свої дії, а потім по черзі висловлювалися члени групи, вказуючи на те, які почуття у присутніх викликали виконавці ролі лікаря. Особлива увага зверталася на продуктивність міжособистісної взаємодії та гендерну забарвленість вирішення конфліктних ситуацій в процесі спілкування «лікаря» та «пацієнта» або «претендента на посаду», його вміння застосовувати асертивні техніки спілкування, бути толерантним та керувати своїм емоційним станом. На заняттях тренінгу програвались такі рольові ситуації: «Співбесіда», «Дискримінація», «Головний лікар»; «Складний пацієнт»; «Нав'язування», «Впевнена (асертивна) поведінка», «Офіціант, в моєму супі муха», «Конфлікти на роботі». Приклади вправ представлено нижче у даному підрозділі нашої роботи та наведено у додатку К.1.

Проведення різноманітних професійно-орієнтованих ділових та ситуаційно-рольових ігор у тренінговій роботі із майбутніми лікарями, дозволило нам

впевнитись у тому, що норми та правила професійної поведінки лікаря, стиль спілкування, різноманітні комунікативні навички асертивної поведінки, що набуваються в рольовій грі й скоректовані групою стають здобутком особистості та з успіхом переносяться в реальне життя.

В процесі групових дискусій учасники мали можливість в процесі групового обговорення проблеми знаходити альтернативні рішення складних та типових можливих особистісно забарвлених та професійних ситуацій з медичної практики, а також виступали у ролі окремого учасника дискусії. Завдяки груповій дискусії учасники спонтанно наповнювали робочий процес групи конкретно-змістовим матеріалом, який відкривав можливості для виявлення неусвідомлених гендерних стереотипів поведінки, що, за підсумковими звітами учасників, були причинами певних труднощів у взаємодії з іншими, викликали внутрішній дискомфорт, визначали вектор самопочуття, а також виступали у якості перепон на шляху до особистісної та професійної самореалізації. Серед проблем, що дискутувалися на різних етапах роботи в групі, були, зокрема: «Ідеал сучасного лікаря», «Сходинок до професійної майстерності», «Чому стереотипи продовжують працювати?», «Гендерні стереотипи та розвиток професійно важливих якостей лікаря», «Дієта від гендерних стереотипів», «Прояви сексизму на шляху до професійного та особистісного зростання», «Чоловічі та жіночі медичні спеціальності – міф чи реальність?» «Труднощі у професійному спілкуванні», «Можливості андрогінної особистості», «Професійна самореалізація та явище «скляної стелі», «Асертивність як спосіб подолання ефекту «скляної стелі», «Секрети гендерно-паритетної взаємодії», «Шляхи професійної самореалізації лікаря».

В якості допоміжного методу групової роботи, який спирається на засоби невербальної комунікації (міміку, жести, рухи), ми використовували психогімнастику. Головною метою цього методу є встановлення атмосфери довіри в групі й створення позитивного емоційного фону, а також зміна особистісних характеристик суб'єкта невербальними засобами. Невербальні методи є ефективними засобами оптимізації соціально-перцептивної сфери

особистості, оскільки зосереджують увагу на «мові тіла». Чутливість до невербальної мови є дуже важливою для майбутнього лікаря, формування продуктивного стилю професійної комунікативної взаємодії, розуміння внутрішнього світу інших людей. Приклади психогімнастичних вправ наведено у додатку К.2.

Учасникам тренінгу також пропонувались вправи-релаксації, спрямовані на гармонізацію психоемоційного стану, зняття втоми, поповнення енергії, позбавлення від негативних емоцій. Ці вправи майбутні лікарі можуть використовувати як метод антистресової саморегуляції у своїй майбутній професійній діяльності. Учасники тренінгової групи виконували такі вправи-релаксації: «Свічка», «Внутрішній діалог», «Вечірній огляд», «Подорож на дно океану», «Лісова галявина», «Храм тиші», «Відновлення будинку», «Алмаз», «Небо», «Самоототожнення», «Зустріч з метою», «Антистресова релаксація» та ін. Як зазначали учасники заняття після проведення цих вправ вони відчували приплив сил, рівновагу, відчуття благополуччя. Використання релаксаційних вправ на заняттях дозволило створити невимушену, вільну від зайвого самоконтролю середовища. Приклади релаксаційних вправ наведено у додатку К.3.

Для більш глибокого прийняття та усвідомлення своєї професійної ролі, рефлексії своїх гендерних уявлень студентам пропонувалось виконання наступних арт-терапевтичних завдань: арт-техніка «П'ять малюнків» («Я – чоловік/жінка», «Я серед інших чоловіків/жінок», «Я серед жінок» (для юнаків) /«Я серед чоловіків» (для дівчат), «Я – лікар-професіонал», «Я серед інших лікарів-професіоналів») із відтворенням визначеного образу на аркуші паперу, вправа «Мій професійний портрет в промінцях сонця» та ін. При обговоренні малюнків студенти мали можливість конкретизувати уявлення про себе та інших членів групи, визначити та проаналізувати наявність гендерних стереотипів у створених образах, більш чітко уявити особливості своєї майбутньої професії. Робота з арт-техніками в більшості випадків викликала в учасників позитивні емоції, допомагала подолати апатію і безініціативність у

тих студентів, які з тих чи інших причин займали пасивну участь в роботі групи, що вподальшому дозволило їм сформувати більш активну групову позицію. Приклади арт-терапевтичних вправ наведені в додатку К.4.

Структура тренінгових занять складалась з трьох частин: вступ (розминка), основна (робоча), заключна (завершення). Вступна частина і завершення зазвичай займали приблизно чверть часу тривалості заняття. Більше половини часу приділялось основній частині роботи.

Вступна частина заняття містила запитання про стан учасників і вправи-розминки. Ці вправи дозволяли учасникам переключитись від своїх проблем до роботи в групі, активізуватись, налаштуватись на подальшу роботу, включитись в ситуацію «тут і тепер». На початку кожного заняття учасники ділилися враженнями та результатами виконання домашніх завдань. Обов'язковим елементом вступної частини кожного заняття була вправа «Привітання», за допомогою якої студенти мали можливість привітатись один з одним, поділитись своїми почуттями та настроями, висловити свої побажання та очікування від заняття. На першому занятті вступна частина займала більше часу, була розширеною, оскільки необхідно було обговорити правила участі в групі, приділити увагу мотивації учасників і розказати на що спрямована групова робота. Перше заняття мало вирішальне значення для вироблення групових норм, мотивування, включення учасників в роботу, а також визначення подальшого напрямку роботи в групі.

Прикладами вправ, які використовувались на початковому етапі групової роботи з метою створення атмосфери довірливого спілкування, формування навичок саморозкриття, впевненості у собі тощо, були вправи «Презентація», «Представлення партнера», «Хвастощі» та ін. (див. додаток К.5).

Для діагностики уявлень студентів про маскуліність та фемінінність та виявлення розповсюджених гендерних стереотипів на початку групової роботи було запропоновано проєктивну техніку «Планета» (автор Н. Малишева). В модифікованому вигляді виконання вправи передбачає послідовне малювання трьох «світів»: перший – такий, в якому живуть люди з чоловічими

характеристиками, другий – населений людьми із жіночими характеристиками, і третій – мешканці якого володіють тими й іншими якостями. Виконання вправи дозволило студентам визначити проєкції власних переживань відносно маскулінності та фемінності, а також визначити змістовне й емоційне наповнення власних гендерних стереотипів.

З метою самооцінювання та контролю процесу власного особистісного розвитку та формування професійно важливих навичок, учасникам було запропоновано вести щоденник особистих вражень, де вони фіксували свої спостереження. В процесі або в кінці кожного заняття учасники групи фіксували свої спостереження (думки, міркування, оцінки тощо) стосовно проведеного заняття в «щоденнику особистих спостережень», що дозволяло їм оцінювати і контролювати процес власного розвитку та процес формування особистісних та професійних навичок, необхідних в професії лікаря.

Для кращої реалізації поставлених завдань тренінгу, поглиблення знань про себе, в кінці кожного заняття студенти отримували домашні завдання, обов'язкове обговорення яких відбувалось на початку кожного наступного заняття, за допомогою чого була можливість проаналізувати труднощі та досягнення, визначити напрямки подальшої роботи.

Приклади «домашніх» завдань: проєктивні тести: «Хто я?», «Мої гендерні ролі»; арт-терапевтична техніка «П'ять малюнків» («Я – чоловік/жінка», «Я серед інших чоловіків/жінок», «Я серед жінок» (для юнаків) / «Я серед чоловіків» (для дівчат), «Я – лікар-професіонал», «Я серед інших лікарів-професіоналів»); опрацювання теоретичної інформації «Асертивні права особистості» та ін. На кожному наступному занятті учасники обмінювались враженнями та презентували виконану домашню роботу групі, що дозволяло проводити додатковий рефлексивний аналіз своїх особистісних та професійних інтересів, цінностей, переконань та уподобань. Приклади «домашніх» завдань наведено у додатку К.6.

Для самоперевірки студенти отримували діагностичні матеріали, які використовувались на різних етапах тренінгу (міні-тест «Моя професійна

позиція», опитувальник «Я – жінка/чоловік», опитувальник «Асертивність», статеворольова шкала А. Heilbrun та ін.). Діагностичні матеріали, які використовувались у тренінгу представлені у додатку К.7.

Для емоційного та логічного завершення групової роботи студенти виконували вправи, за допомогою яких проводилась діагностика якості реалізації цілей згуртованості та саморозкриття учасників групи. Прикладами таких вправ є вправи «Валіза у дорогу», «Комісійний магазин», «Остання зустріч», «Прощання» та ін. Завершення кожного заняття відбувалось у формі рефлексії та підведення підсумків, що надавало можливість учасникам поділитись своїми почуттями та враженнями від роботи в групі, визначити результативність заняття. Приклади тренінгових вправ, які використовувались на завершальному етапі групової роботи наведені у додатку К.8.

Для отримання зворотнього зв'язку, визначення рівня задоволеності роботою у групі, в кінці кожного заняття учасники заповнювали анкету «Зворотній зв'язок», за допомогою якої було можливо спостерігати за розвитком групо-динамічних процесів (орієнтовний текст анкети див. в додатку К.9).

На останньому заключному занятті тренінгової роботи студенти виконували вправу «Прощання», метою якої було надання зворотного зв'язку учасників групи, визначення свого актуального стану, рефлексія заняття. Учасники по черзі розповідали про те, як вони себе почувають, що сподобалось і було найбільш корисним на занятті, а що не сподобалось, що викликало труднощі, а що виконувалось легко, що нового вони дізналися на занятті, а також висловлюють свої побажання. Обмінювались враженнями, переживаннями один з одним, задавали один одному запитання, дякували. А також аналізували які зміни у їх поведінці (особистості) відбулись в процесі тренінгу, яких навичок поведінки, особистісних якостей їм вдалось набути, розвинути, а яких ще необхідно набути, з якими труднощами зустрічались в процесі роботи, як їх вирішували.

По завершенню повного циклу тренінгу з метою оцінки його результативності, для самоперевірки та самодіагностики ефективності роботи в

групі, студенти заповнювали заключну анкету (орієнтовний текст заключної анкети поданий в додатку К.10).

Програма гендерно-орієнтованого тренінгу формування професійної компетентності майбутніх лікарів представлена в додатку Л.

Для ілюстрації проведеної тренінгової роботи із студентами-медиками з метою формування основних компонентів професійної компетентності, наведемо приклади вищезазначених тренінгових вправ, які використовувались на основному етапі групової роботи.

З метою рефлексії власних гендерних характеристик учасників (гендерних стереотипів, переконань, очікувань, настанов) та ролі гендерних стереотипів існуючих в буденній свідомості, які перешкоджають особистісному та професійному зростанню молоді, студенти виконували нижченаведені вправи.

Вправа «Презентація особистого гендерного образу» [141]. Мета вправи полягала у презентації особистого образу учасника як чоловіка чи жінки, а також задля усвідомлення власного сприйняття учасниками своїх особистісних характеристик, які пов'язуються зі статтю, розвиток рефлексії. Вправа використовувалась на першому занятті тренінгової роботи. Після процедури знайомства та обговорення правил групової взаємодії тренер пропонував учасникам представити себе групі в якості чоловіка чи жінки (у відповідності до своєї статевої приналежності). В процесі обговорення зверталась увага аудиторії на те, що власне статеві ознаки майже не виступають тими особистісними характеристиками, якими користуються для презентації власного образу в якості чоловіка чи жінки. Зауважувалось на тому, що окремі особистісні характеристики можуть бути загальними в гендерних образах як чоловіків, так і жінок. Тобто ті характеристики особистості, які на поверхні свідомості пов'язують з біологічними факторами, насправді визначаються соціальними відносинами й ситуаціями міжособистісної взаємодії. Відповідно, в реальних практиках взаємодії чоловіків та жінок, основний акцент у сприйнятті відмінностей робиться на соціально детермінованих

характеристиках, а власне поняття чоловічого та жіночого відображають зміст соціальних, а не біологічних якостей [141].

Вправа «Гендерні стереотипи» пропонувалась студентам з метою визначення рівня маскулінності/фемінності та гендерного типу кожного учасника групи (за допомогою статевої ролі шкали А.Нейлбрун) (див. додаток К.7), а також тих уявлень та установок в свідомості студентів, які є характеристиками традиційного образу чоловіка та жінки; рефлексія наявних гендерних стереотипів. Виконання вправи відбувалось у декілька етапів. На першому етапі групової роботи учасники у спеціальних бланках із надрукованим переліком особистісних якостей (див. додаток К.7), за п'ятибальною шкалою оцінювали наявність у себе цих якостей (де 1 бал – якість відсутня, 5 балів – якість виявляється найбільше). Опрацювання результатів першого етапу роботи здійснювалось за наступним алгоритмом: 1) після завершення роботи учасникам пропонувалось надати відповіді на запитання: «На вимірювання яких психологічних характеристик спрямований цей тест?»; 2) після обговорення і визначення призначення тесту пропонувалось спрогнозувати свій результат: «Як Ви гадаєте, який у вас рівень розвитку даної характеристики, до якого типу особистості Ви належите?» (для розвитку рефлексії було важливо, що студенти фіксували свої прогнози подумки, не висловлювали його в голос).

На другому етапі роботи учасники визначали, які із наведених у бланку особистісних якостей є характерними для чоловіків, або для жінок, а які є гендерно нейтральними та помітити відповідними літерами «Ж», «Ч», «Н». Опрацювання результатів роботи другого етапу відбувалось наступним чином: підраховування балів за кожним стовпчиком таблиці окремо, з наступним порівнянням; підраховування кількості «жіночих», «чоловічих» та «нейтральних» якостей особистості.

В процесі загального обговорення та аналізу виконання вправи учасники співставляли отримані результати з прогнозованими. Для наочного представлення групових результатів та подальшого групового обговорення

тренер фіксував на дошці названі учасниками чоловічі, жіночі та «нейтральні» якості особистості. Це дало змогу учасникам визначити стереотипний для даної групи образ чоловіка та жінки. Далі проводилось обговорення та порівняння стереотипних образів чоловіка та жінки, визначених студентами та існуючих у суспільстві. Увага учасників акцентувалась на першій групі гендерних стереотипів – стереотипів маскулінності/фемінінності, які пов'язують із якостями особистості. У відповідях студентів (більше серед представників чоловічої статі) «жіночий» образ характеризувався традиційно фемінінними якостями: пасивність, залежність, співчуття, балакучість, чуйність, турботливість, сентиментальність та інші, а «чоловічий» образ – практичністю, домінуванням, незалежністю, владністю, винахідливістю, силою та іншими традиційно маскулінними якостями.

Аналіз та групове обговорення визначених гендерних образів дозволив учасникам проаналізувати та усвідомити власні гендерні характеристики та паттерни поведінки. В процесі групового обговорення учасники разом з тренером акцентували увагу на недоліках та можливих «перевагах» визначених стереотипних образів. В кінці виконання вправи більшість студентів зауважили, що за допомогою цієї вправи їм вдалось краще зрозуміти себе та інших учасників групи.

В подальшій груповій роботі, з метою визначення основних особистісних якостей в образі «справжнього лікаря», виявлення наявності/відсутності стереотипних уявлень в свідомості студентів відносно образу ідеального лікаря, була запропонована вправа «Гендерні стереотипи в професії лікаря». Студенти працювали в малих групах. На початку роботи їм зачитувалась наступна інструкція: «У переліку якостей особистості, визначте ті, які на Вашу думку, характеризують справжнього лікаря (тобто ті, які формуються у процесі професійного становлення медичного працівника)».

В процесі групового обговорення студенти порівнювали якості особистості, які формує медична професія з тими якостями, які, на їхню думку, є характеристиками типово чоловічого та типово жіночого образу. Також

аналізували до якого з визначених образів більше належить образ ідеального лікаря. Для досягнення формувального ефекту від виконання вправи, учасникам пропонувалось відповісти на певні запитання: «Які якості формує професія лікаря, ті, які визначають традиційно жіночий образ чи традиційно чоловічий?», «Як впливає визначений образ на процес особистісного розвитку та професійного становлення фахівця з медицини?» та ін. В даній роботі увага студентів акцентувалась на існуванні другої групи гендерних стереотипів, відповідно до яких закріплюються професійні ролі відповідно до статі людини. Виконання цієї вправи дозволило учасникам зробити висновки, що ця група стереотипів в медичній професії виявляється у тому, що «ідеальний лікар», знавець своєї справи відповідає стереотипному «жіночому» образу. Ці висновки стали підґрунтям для подальшої групової роботи, зокрема групових дискусій: «Ідеал сучасного лікаря», «Чому стереотипи продовжують працювати?», «Гендерні стереотипи та розвиток професійно важливих якостей лікаря», «Дієта від гендерних стереотипів», «Прояви сексизму на шляху до професійного та особистісного зростання», «Чоловічі та жіночі медичні спеціальності – міф чи реальність?», «Труднощі у професійному спілкуванні», «Можливості андрогінної особистості», «Асертивність як спосіб подолання ефекту «скляної стелі», «Секрети гендерно-паритетної взаємодії», «Шляхи професійної самореалізації лікаря».

З метою корекції гендерних стереотипів та установок, які виступають у якості перепон на шляху до особистісного та професійного розвитку майбутніх лікарів, розвитку професійної ідентичності, професійної спрямованості, розвитку навичок асертивної поведінки та конструктивного вирішення конфліктів у професійному спілкуванні, а також формуванню інших професійно важливих особистісних якостей студентів, усвідомлення власних потреб, можливостей, професійних інтересів і цінностей тощо, у процесі групової роботи використовувались вправи, які описані нижче в даному підрозділі нашої роботи.

Вправа «Яким лікарем я мрію бути» використовувалась з метою усвідомлення учасниками своїх бажань відносно майбутньої професійної діяльності, а також можливих гендерних настанов відносно поділу лікарських спеціальностей на «жіночі» або «чоловічі». Учасники на окремих аркушах різнокольорового паперу (дівчата одного кольору, хлопці – іншого кольору) зазначали назву своєї омріяної лікарської спеціальності. Після цього зачитували вголос назви обраних медичних спеціальностей та приклеювали аркуші до дошки так, щоб аркуші із назвами однакових спеціальностей опинились в одному стовпчику. Далі підраховували кількість аркушів кожного кольору в залежності від обраної спеціальності. В процесі обговорення учасники аналізували існуючі в групі гендерні стереотипи щодо поділу лікарських спеціальностей на «маскулінні», «фемінні» та «нейтральні».

Було визначено, що більшість дівчат обирають лікарські спеціальності пов'язані в першу чергу з безпосереднім контактом з пацієнтами, серед них терапія, офтальмологія, гінекологія, педіатрія тощо, а юнаки обирають спеціальності, успіх яких визначається, насамперед, розвитком спеціальних професійно важливих навичок, зокрема хірургія, травматологія, ортопедія, анестезіологія тощо. В процесі подальшого обговорення, більшість учасників, зазначали, що при виборі медичної спеціальності, орієнтувались на такі критерії: «щоб було легше здобути», «де приймуть як свого», тощо. За результатами обговорення учасниками зробили висновки про те, що існуючі гендерні стереотипи відносно розподілу лікарських спеціальностей на «жіночі» та «чоловічі» створюють значні перепони на шляху професійного становлення лікаря, впливають на самооцінку, віру у власні сили й заважають самореалізації особистості.

З метою розвитку спрямованості на майбутню професійну діяльність, задля активізації внутрішніх ресурсів учасників була запропонована вправа «Сходінки» (див. додаток К.1).

Для вироблення навичок конструктивного вирішення конфліктів у професійно-орієнтованих ситуаціях спілкування, розвитку асертивності у

поведінці як чиннику професійної успішності майбутнього лікаря, а також розвитку вміння визначати адекватний спосіб поведінки у міжособистісній взаємодії з іншими людьми студентам були запропоновані ситуаційно-рольові ігри «Лікарня», «Головний лікар», «Три відповіді» (див. додаток К.1).

Рефлексивні відгуки студентів, якими вони ділились в процесі обговорення та фіксували в «щоденнику особистих спостережень» дозволяють стверджувати, що в уявленнях студентів, гендерні стереотипи є достатньо впливовими у міжособистісній взаємодії та професійному спілкуванні лікаря, й процес їх корекції потребує значної особистої зрілості, високого рівня усвідомлення та розвитку навичок асертивності особистості.

З метою оцінювання ефективності розробленої програми формувальних впливів було проведено контрольне тестування серед студентів, які приймали в ній участь. Перед початком і після завершення формувальних впливів (проведення спецкурсу та циклу тренінгових занять) нами застосовувались діагностичні процедури, з метою оцінки рівня розвитку необхідних компонентів професійної компетентності, а також гендерних характеристик (ідентичності та гендерних установок щодо професії лікаря) студентів контрольної та експериментальної груп. Це надало змогу визначити особисті досягнення учасників і встановити, на цій підставі, ефективність формувальних впливів. Порівняння отриманих в результаті контрольного тестування даних здійснювалась за допомогою непараметричних методів статистичного аналізу даних (критерію- χ^2 та Т-критерію Вілкоксона), а також на основі суб'єктивних оцінок та самооцінок досліджуваних.

Аналіз результатів заключного анкетування (анкета «Зворотній зв'язок» див. додаток К.9) проведеного наприкінці дослідження засвідчив високий рівень задоволеності студентів проведеною роботою: у відповідях досліджуваних зазначалось, що за допомогою проведених тренінгових занять вони набули навичок ефективної міжособистісної взаємодії, саморефлексії та самоконтролю, оволоділи новими прийомами особистісно-професійного зростання. Юнаки та дівчата зауважували, що завдяки роботі у тренінговій

групі вони навчилися: «бути більш відвертими, відкритими до спілкування», «слухати та довіряти іншим», «висловлювати свою думку, без страху осудження» тощо; дізнались: «що таке гендерні стереотипи і для чого вони існують у суспільстві», «що таке гендерні ролі й від чого залежить їх розподіл у сім'ї та суспільстві» тощо; зрозуміли: «що для того, щоб бути успішним потрібно змінювати свої погляди на більш демократичні та егалітарні», «що оцінювати себе та інших краще відповідно до свого особистого досвіду, а не на основі уявлень, припущень та стереотипних поглядів інших» тощо; розвинули: «більшу впевненість у собі», «впевненість і вміння слухати», «вміння висловлювати свою думку з повагою до іншого та без страху осудження», «здатність не соромитись», «краще усвідомлення своїх поглядів та переконань», «розуміти себе та інших людей» тощо. Разом з тим, студенти зауважували, що завдяки роботі в групі їм вдалось набути таких професійно важливих навичок спілкування, як «асертивно та впевнено відповідати» «вміти відмовляти», «відкрито відповідати», «вміти слухати», «бути наполегливим», «більшій самовпевненості» тощо. Серед важливих особистісних рис, яких вдалось розвинути, учасники зазначали «чуйність», «впевненість», «відкритість», «співчуття», «тактовність» «цілеспрямованість», «наполегливість», «альтруїстичність», тощо (див. додаток К.12).

В наративних описах себе як представника чоловічої та жіночої статі (опитувальник «Я–жінка/чоловік») у більшості респондентів серед дівчат спостерігались гендерно нейтральні відповіді, наприклад, «Я жінка і знаю, що все залежить тільки від мене», «Я жінка, тому що я сильна духом», «Я жінка і можу зробити все заплановане», «Я жінка і радію, коли люди посміхаються», «Я жінка і засмучена, що існує брехня», «Я жінка і хочу, щоб скрізь була злагода» тощо. а серед більшості відповідей юнаків – «Я чоловік і хочу, щоб у світі панував мир», «Я чоловік і радію, коли всі навколо усміхнені й привітні», «Я чоловік і я знаю, що я цікава людина» тощо (див. додаток К.11). Разом з тим варто зауважити, що в самоописах дівчат спостерігалось більше гендерно нейтральних якостей, що засновані на егалітарних цінностях, ніж у юнаків, що

очевидно характеризує меншу особистісну гнучкість та більшу поширеність у свідомості юнаків патріархальних стереотипів.

Якісний аналіз самоописових характеристик, представлений майбутніми лікарями в наративах «Я-жінка/чоловік» є своєрідним підтвердженням отриманих статистичних даних описаних в наступному підрозділі нашої роботи (див. підрозділ 3.4)

Отож, в процесі апробації навчальної програми спецкурсу «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», а також проведення гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів» в результаті аналізу суб'єктивних оцінок та самооцінок досліджуваних, була виявлена позитивна динаміка у розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів. Що є свідченням досягнення навчального ефекту за наступними позиціями, які підтвердили очікувані результати: 1) в знаннях про види та роль гендерних характеристик особистості у процесі професійної та особистісної самореалізації, про способи та функції ефективної міжособистісної взаємодії; 2) в уміннях критичного і творчого мислення у процесі вирішення професійно-орієнтованих завдань, вміннях встановлювати міжособистісні зв'язки та обирати оптимальний стиль міжособистісної взаємодії в різноманітних ситуаціях професійного спілкування, активізації процесу керування власною поведінкою, використанні асертивних комунікативних моделей поведінки; 3) в навичках рефлексії, позитивного сприймання і прийняття себе, самоконтролю і саморегуляції поведінки, впевненої (асертивної) поведінки; 4) в установках відносно навчання асертивним вмінням, розвитку стратегій гендерного партнерства та гендерного балансу в професійному спілкуванні та міжособистісній взаємодії.

Аналіз ефективності запропонованої автором програми формувальних впливів (авторського спецкурсу та гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування) на підставі отриманих статистичних даних до і

після формувального експерименту в контрольній та експериментальній групах представлено у наступних підрозділах нашої роботи (див. 3.3 та 3.4).

3.3 Організація та проведення контрольного етапу експериментального дослідження

Проведення формувального етапу експериментального дослідження, процедура якого здійснювалось на засадах особистісного-орієнтованого підходу, передбачала використання розробленої програми формування професійної компетентності майбутнього лікаря через впровадження авторського спецкурсу «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», а також проведення гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів».

Після формувального експерименту проведено аналіз щодо його ефективності та перевірки гіпотези за допомогою повторного контрольного тестування з використанням комплексу обраних нами психодіагностичних методик, які використовувались на етапі емпіричного дослідження (див. підрозділ 2.1), в експериментальній та контрольній групах.

Психодіагностичний комплекс включав: методику «Мотивація вибору медичної професії» (ММП) тест Хеннінга мотивів учіння в модифікації А. Василькової [89]; методику «Мотиви професійної діяльності» (МПД) А.Крилова, С. Маничева [142]; тест-опитувальник «Рівень професійної спрямованості» (РПС), Т. Дубовицької [47]; тест Т. Лірі [141]; тест А. Елліса [145]; тест С. Бем [141].

Для проведення формувального експерименту до контрольної та експериментальної груп увійшла однакова кількість студентів (по 45 осіб в кожній групі) третього курсу чоловічої та жіночої статі. В експериментальну групу увійшли 20 юнаків та 25 дівчат. В контрольну групу також увійшли 20 студентів чоловічої статі та 25 студентів жіночої статі.

3.4 Результати та аналіз ефективності формувального етапу експериментального дослідження

Для визначення ефективності проведеної програми формування професійної компетентності майбутнього лікаря після перерви було проведено контрольне тестування серед студентів, які брали в ній участь.

Оцінювання ефективності формувальних впливів здійснювалось за допомогою непараметричних методів статистичного аналізу даних (критерію χ^2 та Т-критерію Вілкоксона), а також на основі суб'єктивних оцінок та самооцінок досліджуваних. Результати аналізу суб'єктивних оцінок та самооцінок досліджуваних свідчать про позитивну динаміку у розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів, що є свідченням досягнення навчального ефекту (див. підрозділ 3.2).

Аналіз результатів анкетування, проведеного після формувальних впливів, засвідчив високий рівень задоволеності студентів проведеною роботою. У відповідях більшості досліджуваних зазначалось, що за допомогою проведених практичних і тренінгових занять вони набули навичок ефективної міжособистісної взаємодії та оволоділи новими прийомами особистісно-професійного зростання.

На початковому етапі дослідження проводився зріз з метою діагностики рівнів розвитку основних компонентів професійної компетентності студентів-медиків, а також визначення їх гендерних характеристик.

Порівняльний аналіз отриманих результатів відносно розвитку рефлексивно-творчого, комунікативного, поведінкового, ціннісно-мотиваційного компонентів професійної компетентності та гендерних характеристик студентів експериментальної та контрольної груп до та після формувального експерименту дозволив визначити кількісні та якісні відмінності у рівні їх розвитку після формувального експерименту.

За результатами констатувального експерименту в контрольній групі (КГ) та експериментальній групі (ЕГ) вимірювальні показники гендерної ідентичності (IS) статистично достовірно відрізняються у юнаків та дівчат на рівні $p \leq 0,001$. У дівчат – андрогінний тип з тенденцією до фемінності, у юнаків – андрогінний тип з тенденцією до маскулінності. Результати після формувального експерименту виявили незначні відмінності вказаних показників, як в експериментальній, так і в контрольній групах.

Показники «маскулінності»/«фемінності» (F/M) (Т. Лірі) у досліджуваних ЕГ із статистично достовірною відмінністю ($p \leq 0,05$) змінились після формувальних впливів (див. табл. 3.1).

У таблиці 3.1 представлено порівняльний аналіз показників «маскулінності/фемінності» (F/M) (Т. Лірі) за результатами констатувального та контрольного етапів дослідження «до» (констатувальний експеримент) та «після» (контрольний експеримент) впровадження програми формувальних впливів.

Таблиця 3.1.

**Порівняльний аналіз показників M/F (Т. Лірі) за результатами
формувального експерименту**

Показники	Констатувальний експеримент				Контрольний експеримент			
	КГ		ЕГ		КГ		ЕГ	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
М	4,06	5,38	5,31	5,41	4,16	4,63	3,41*	2,44*
F	2,91	6,75	4,19	6,63	2,84	5,88	3,38*	3,13*

Примітки: * – відмінність достовірна на рівні $p \leq 0,05$.

Як видно з таблиці 3.6, за результатами констатувального експерименту як в експериментальній, так і в контрольній групах виявляються незначні відмінності визначених показників. А після формувальних впливів, показники M/F у досліджуваних експериментальної групи із статистично достовірною відмінністю ($p \leq 0,05$) змінились.

Таблиця 3.2.

**Порівняльний аналіз показників G/V (Т. Лірі) за результатами
формульовального експерименту**

Показники	Констатувальний експеримент				Контрольний експеримент			
	КГ		ЕГ		КГ		ЕГ	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
V	2,48	0,29	9,82	6,94	2,52	0,34	7,59	9,82**
G	7,31	5,63	5,67	4,94	3,26	4,25	8,17*	5,67

Примітки: * – відмінність достовірною на рівні $p \leq 0,05$; ** – відмінність достовірною на рівні $p \leq 0,01$.

Як видно з таблиці 3.8, після проведення формульовального експерименту у студентів чоловічої статі збільшився ($p \leq 0,05$) показник тенденції «доброзичливості» (G), а у студентів жіночої статі ($p \leq 0,01$) показник тенденції «домінування» (V). Необхідно зауважити, що у більшості студентів експериментальної групи тенденції «домінування» та «доброзичливості» перебувають у гармонійному співвідношенні з незначним переважанням тенденції «домінування» у чоловіків.

На підставі отриманих результатів можна стверджувати, що переважання тієї чи іншої тенденції у міжособистісній взаємодії у студентів-медиків чоловічої та жіночої статі залежить, насамперед, від рівня розвитку їх комунікативних якостей, які успішно підлягають формуванню та розвитку за допомогою цілеспрямованих методів впливу.

Нами порівнювались результати досліджуваних щодо мотивації вибору медичної професії (ММП), що характеризують особливості розвитку їх ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності в КГ та ЕГ до (констатувальний експеримент) та після (формульовальний експеримент) проведення формульовального експерименту (див. табл. 3.3, 3.4).

Таблиця 3.3.

**Порівняльний аналіз показників за методикою «ММП» в
контрольній групі (КГ) після формувальних впливів**

№	Мотиви	Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
		Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
1.	Лікувати людей	5,0	5,13	4,88	5,25
2.	Полегшити страждання важкохворих	5,63	4,75	5,5	4,63
3.	Піклуватися про здоров'я рідних	6,75	7,13	6,23	6,87
4.	Престижність професії	3,0	4,25	3,0	4,13
5.	Вирішувати наукові проблеми	4,0	2,25	4,13	2,37
6.	Піклуватися про власне здоров'я	3,75	5,5	4,13	5,5
7.	Впливати на інших людей	2,88	2,63	2,88	2,75
8.	Доступність медикаментів	2,5	1,25	2,5	1,13
9.	Матеріальна зацікавленість	2,5	3,13	2,38	3,37

Таблиця 3.4.

**Порівняльний аналіз показників за методикою «ММП» в
експериментальній групі (КГ) після формувальних впливів**

№	Мотиви	Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
		Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
1.	Лікувати людей	5,5	5,25	5,38	4,88
2.	Полегшити страждання важкохворих	3,75	5,63	5,75**	6,23*
3.	Піклуватися про здоров'я рідних	5,75	7,13	6,0	6,25
4.	Престижність професії	4,0	2,38	4,38	4,13**
5.	Вирішувати наукові проблеми	3,25	2,88	3,38	2,88
6.	Піклуватися про власне здоров'я	4,25	6,38	4,0	5,75*
7.	Впливати на інших людей	4,45	1,5	2,75**	1,0
8.	Доступність медикаментів	2,13	2,0	2,0	2,0
9.	Матеріальна зацікавленість	3,13	2,88	2,25*	2,5

Примітки: ** – відмінність достовірною на рівні $p \leq 0,001$; * – відмінність достовірною на рівні $p \leq 0,05$.

Як видно з таблиці 3.3, результати показників мотивів вибору медичної професії у досліджуваних контрольної групи після проведення програми формувальних впливів майже не змінилися.

За результатами констатувального етапу дослідження (табл. 3.4), у більшості респондентів і чоловічої, і жіночої статі, як і на етапі констатації,

перше місце в ієрархії мотивів займає мотив піклування про здоров'я рідних. Але разом із тим, із статистично достовірною відмінністю на рівні $p \leq 0,001$ в експериментальній групі у студентів-медиків збільшується значущість мотиву полегшення страждання важкохворих, людей похилого віку, дітей. У студентів жіночої статі набуває більшого значення ($p \leq 0,05$) мотив престижності медичної професії за рахунок зменшення значення мотиву піклуватись про здоров'я рідних. Ці результати можна пояснити тим, що дівчата відкрили для себе інші перспективи майбутньої медичної діяльності. Меншого значення ($p \leq 0,001$) для юнаків набуває мотив впливати на інших людей та мотив матеріальної зацікавленості ($p \leq 0,05$). У даному випадку можна констатувати позитивні зміни у розвитку професійної мотивації студентів-медиків у напрямку зростання рівня усвідомленості соціальної значущості медичної професії та рівня професійної спрямованості на майбутню медичну діяльність.

Важливого значення набуває, відносно гіпотези нашого дослідження, зростання значення показника ($p \leq 0,001$) такого кар'єрно орієнтованого мотиву, як «престижність професії» у дівчат в експериментальній групі після проведення формувального експерименту. Ймовірно, це є результатом гендерної спрямованості запропонованих програм спецкурсу та тренінгу, оскільки сприяло розвитку асертивних рис особистості у дівчат та поліпшенню їх розуміння значущості власної майбутньої професії, її важливості та престижності.

Надалі ми порівнювали ієрархію чотирьох провідних мотивів (МПД), які визначають сферу професійної життєдіяльності особистості майбутніх лікарів чоловічої та жіночої статі в контрольній та експериментальній групах до (констатувальний експеримент) та після (формувальний експеримент) проведення формувального експерименту (див. табл. 3.5, 3.6.).

Таблиця 3.5.

Порівняльний аналіз показників провідних мотивів професійної діяльності (МПД) в контрольній групі (КГ) за результатами формувального експерименту

№	Мотиви	Контрольна група			
		Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
		Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
1.	Мотиви власної праці	11,9	12,88	11,9	10,69
2.	Мотиви соціальної значущості в праці	12,6	12,32	12,7	12,24
3.	Мотиви самоствердження в праці	13,35	13,84	13,4	14,12
4.	Мотиви професійної майстерності	10,75	8,52	11,1	8,4

Як показано в таблиці 3.5, у контрольній групі принципових змін у структурі мотивації до професійної діяльності не відбулося.

Таблиця 3.6.

Порівняльний аналіз показників провідних мотивів професійної діяльності (МПД) в експериментальній групі (ЕГ) за результатами формувального експерименту

№	Мотиви	Експериментальна група			
		Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
		Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
1.	Мотиви власної праці	12,0	11,44	9,3*	12,4
2.	Мотиви соціальної значущості в праці	12,2	12,4	14,8*	14,72*
3.	Мотиви самоствердження в праці	14,55	15,16	13,6	15,4
4.	Мотиви професійної майстерності	8,7	7,52	12,75*	12,48*

Примітка: * – кореляція достовірна на рівні $p \leq 0,05$.

Як показано в таблиці 3.6, в ЕГ у студентів чоловічої статі зменшився показник мотивів власної праці ($p \leq 0,05$). Натомість збільшились показники мотивів соціальної значущості в праці та професійної майстерності серед юнаків та дівчат зі статистично значимою відмінністю на рівні $p \leq 0,05$.

Зазначимо, що в даному випадку ми не очікували суттєвих змін, оскільки провідна мотивація професійної діяльності лікаря, на наш погляд, може змінюватись протягом всього періоду професійного зростання медичного фахівця і визначається безпосередньо у професійній діяльності.

Нашою метою було переорієнтування студентів, особливо чоловічої статі з вузькоспрямованих на власну працю мотивів на мотиви соціальної значимості в праці.

Таким чином ми спостерігаємо, що у студентів-медиків чоловічої та жіночої статі, які входили в ЕГ після проведення формувального експерименту провідними мотивами майбутньої професійної діяльності стали мотиви соціальної значимості в праці та професійної майстерності, що є показником розуміння студентами важливості медичної професії для суспільства, її престижності, й є показовим з огляду на предмет нашого дослідження.

Порівняння показників рівнів розвитку професійної спрямованості (РПС) що дозволяє визначити ступінь прояву прагнення до оволодіння професією лікаря та бажанням працювати за нею у майбутніх лікарів юнаків та дівчат контрольної та експериментальної груп дозволило провести якісний аналіз гендерних особливостей ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності досліджуваних.

Результати «до» (констатувальний експеримент) та «після» (контрольний експеримент) впровадження програми формувальних впливів наведено у таблицях 3.7 та 3.8.

Таблиця 3.7.

Порівняльний аналіз показників професійної спрямованості (РПС) в контрольній групі (КГ) за результатами формувального експерименту

Рівень професійної спрямованості	Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
	Чол., %	Жін., %	Чол., %	Жін., %
Високий	60	52	55	56
Середній	25	36	30	36
Низький	15	12	15	8

Примітки: КГ – контрольна група; ЕГ – експериментальна група.

Як видно з таблиці 3.7, в контрольній групі показники рівнів розвитку професійної спрямованості юнаків та дівчат «до» та «після» впровадження програми формування професійної компетентності майбутнього лікаря майже не відрізняються.

Таблиця 3.8.

Порівняльний аналіз показників професійної спрямованості (РПС) в експериментальній групі (ЕГ) за результатами формувального експерименту

Рівень	Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
	Чол., %	Жін., %	Чол., %	Жін., %
Високий	60	56	80*	88*
Середній	25	32	20*	22*
Низький	15	12	-	-

Примітки: * – відмінність достовірна на рівні $p \leq 0,05$.

Як видно з таблиці 3.8, простежується зменшення кількості студентів експериментальної групи ($p \leq 0,05$) із низьким рівнем професійної спрямованості (з 12,5% до 0% серед чоловіків та жінок) за рахунок збільшення кількості студентів із високим рівнем професійної спрямованості (з 62,5% до 81,25% серед чоловіків, з 56,25% до 87,5% серед жінок). Збільшення кількості осіб з високим рівнем професійної спрямованості після застосування формувальних впливів є свідченням того, що серед студентів ЕГ зросла кількість тих осіб, яким подобається навчатись та здобувати професію лікаря, у них є бажання працювати й надалі удосконалюватись у даній професії. А отже, спостерігаємо позитивні зміни у розвитку професійної спрямованості після застосування активних методів формування професійної компетентності майбутніх лікарів.

Наступним кроком було порівняння показників раціональних/ірраціональних установок у мисленні та поведінці студентів-медиків в експериментальній групі та в контрольній групі за результатами констатувального та контрольного етапів дослідження «до» (констатувальний

експеримент) та «після» (контрольний експеримент) впровадження програми формування впливів.

Результати формувального експерименту подані в таблицях 3.9, 3.10.

Таблиця 3.9.

Порівняний аналіз показників за методикою А. Елліса в контрольній групі (КГ) за результатами формувального експерименту

№	Шкали	Контрольна група			
		Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
		Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
1.	Катастрофізація	28,1	25,8	31,9	27,0
2.	Вимогливість до себе	27,5	32,6	29,3	32,8
3.	Вимогливість до інших	31,4	29,9	32,8	30,4
4.	Фрустраційна толерантність	32,4	33,1	32,5	33,5
5.	Самооцінка	31,4	26,8	31,6	27,3
6.	Загальна оцінка ірраціональності	30,2	29,6	31,6	30,2

Як видно з таблиці 3.9, у досліджуваних КГ показники раціональних/ірраціональних установок у мисленні та поведінці (методика А. Елліса) юнаків та дівчат результатами констатувального та контрольного етапів дослідження після впровадження програми формування професійної компетентності майбутнього лікаря не зазнали значних змін.

Таблиця 3.10.

Порівняний аналіз показників за методикою А. Елліса в експериментальній групі (ЕГ) за результатами формувального експерименту

№	Шкали	Експериментальна група			
		Констатувальний експеримент		Контрольний експеримент	
		Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
1.	Катастрофізація	28,3	24,1	39,6**	43,3**
2.	Вимогливість до себе	23,3	28,9	33,0**	38,6*
3.	Вимогливість до інших	32,5	30,6	39,8**	41,3**
4.	Фрустраційна толерантність	32,6	29,6	40,5*	39,5**
5.	Самооцінка	32,3	34,6	42,1**	41,0*
6.	Загальна оцінка ірраціональності	29,8	29,4	39,0**	40,6**

Примітки: ** – відмінність достовірна на рівні $p \leq 0,01$; * – відмінність достовірна на рівні $p \leq 0,05$.

Як видно з таблиці 3.10, у студентів чоловічої та жіночої статі зі статистично достовірною відмінністю ($p \leq 0,01$ та $p \leq 0,05$) зменшився показник загальної оцінки ірраціональності мислення (з 29,8 до 39,0 у юнаків та з 29,4 до 40,6 у дівчат). Статистично значимі відмінності виявлені також за шкалами катастрофізації ($p \leq 0,01$), вимогливості до себе ($p \leq 0,05$), вимогливості до інших ($p \leq 0,01$), фрустраційної толерантності ($p \leq 0,05$), самооцінки ($p \leq 0,05$): зменшилась кількість студентів із вираженими наявними ірраціональними установками у мисленні та поведінці. На нашу думку, це свідчить про те, що сприйняття людьми себе, інших людей та різноманітних соціальних ситуацій залежить, насамперед, від рівня розвитку їх рефлексивності як якості особистості, яка може бути успішно сформована за допомогою спеціальних методів тренінгового впливу та особистісно-орієнтованого навчання.

Отримані дані є свідченням позитивних змін у досліджуваних експериментальної групи чоловічої та жіночої статі у розвитку рефлексивно-творчого компонента професійної компетентності майбутніх лікарів.

Таким чином, результати формувального етапу дослідження дозволили підтвердити висунуту гіпотезу про актуальність врахування гендерних характеристик професійного становлення майбутніх лікарів та ефективність застосування активних особистісно-орієнтованих методів впливу з метою формування основних компонентів їхньої професійної компетентності в умовах навчально-професійної діяльності у вищому навчальному закладі.

Основні результати дослідження, які представлені в цьому підрозділі, наведені в публікаціях автора [66], [68], [70], [74], [79], [80], [83], [108], [109].

Висновки до третього розділу

З метою якісного вдосконалення та змістовного доповнення навчально-професійної підготовки лікарів цілеспрямованими методами особистісно-орієнтованого навчання, що сприятиме оптимізації розвитку особистості студентів, їх професійної компетентності нами розроблено та теоретично обґрунтовано психолого-педагогічну модель формування професійної компетентності майбутніх лікарів. Дана модель спрямована на підготовку конкурентоспроможних медичних фахівців з високим рівнем сформованості професійної компетентності та орієнтована на професійну й особистісну самореалізацію й удосконалення майбутнього лікаря.

Впровадження запропонованої моделі в систему професійної підготовки майбутніх лікарів здійснювалось на засадах особистісного-орієнтованого підходу через реалізацію програми авторського спецкурсу «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря», а також проведення гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів».

Програма спецкурсу побудована на засадах особистісно-орієнтованого підходу, і передбачала використання спеціальних методів інтерактивного навчання (розв'язування професійних завдань, аналіз ситуацій, проблемні методи, ділові та рольові ігри, дискусії, «мозкові штурми», написання есеїв).

Гендерно-орієнтований тренінг виступав у якості ефективного методу інтенсивного розвитку визначених компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів та як спосіб пом'якшення психологічної залежності студентів-медиків від гендерних стереотипів існуючих на шляху до професійного зростання чоловіків та жінок.

Реалізація гендерно-орієнтованої тренінгової програми формування професійної компетентності передбачала використання різноманітних вправ на розвиток професійної ідентичності та професійної спрямованості, формування

необхідних професійно важливих якостей особистості майбутнього лікаря, усвідомлення особистих потреб, можливостей, професійних інтересів і цінностей, а також рефлексії ролі гендерних стереотипів в процесі особистісного та професійного зростання молоді.

Програма формувальних впливів здійснювалась за напрямками: розвиток ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового і рефлексивно-творчого компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів.

Процедура оцінювання ефективності розробленої гендерно-орієнтованої програми формування професійної компетентності майбутніх лікарів здійснювалась шляхом проведення констатувального та контрольного експериментів зі студентами, які приймали в ній участь. Перед початком і після завершення формувальних впливів (проведення спецкурсу та тренінгу) застосовувались діагностичні процедури з метою оцінки рівня розвитку визначених компонентів професійної компетентності, а також показників гендерної ідентичності студентів контрольної та експериментальної груп.

Порівняння отриманих в результаті контрольного тестування даних здійснювалась за допомогою непараметричних методів статистичного аналізу даних (критерію- χ^2 та Т-критерію Вілкоксона), а також на основі суб'єктивних оцінок та самооцінок досліджуваних.

Аналіз результатів заключного анкетування проведеного наприкінці дослідження засвідчив високий рівень задоволеності студентів проведеною роботою: у відповідях досліджуваних зазначалось, що за допомогою проведених тренінгових занять вони набули навичок ефективної міжособистісної взаємодії, саморефлексії та самоконтролю, оволоділи новими прийомами особистісно-професійного зростання. Ці дані є характеристикою якісних змін у розвитку поведінкового та комунікативного компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів.

Порівняльний аналіз отриманих результатів відносно розвитку рефлексивно-творчого, комунікативного, поведінкового, ціннісно-мотиваційного компонентів професійної компетентності та гендерних

характеристик студентів експериментальної та контрольної груп до та після формувального експерименту, дозволив визначити кількісні та якісні відмінності у їх розвитку після формувального експерименту.

Своєрідним підтвердженням отриманих статистичних даних був якісний аналіз самоописових характеристик, представлених майбутніми лікарями в наративах «Я-жінка/чоловік», серед яких спостерігались гендерно нейтральні відповіді і серед юніків і серед дівчат.

Так, у студентів чоловічої та жіночої статі експериментальної групи після формувальних впливів із статистичною значущістю ($p \leq 0,05$) змінились показники «маскулінності»/«фемінності» (Т. Лірі) у напрямку розвитку андрогінних якостей.

Гендерні відмінності спостерігались у показниках інтерперсональних тенденцій «домінування» та «доброзичливості» у міжособистісній взаємодії (Т. Лірі), що характеризують особливості розвитку комунікативного компоненту професійної компетентності. Так, у студентів чоловічої статі в експериментальній групі після проведення формувального експерименту збільшився показник тенденції «доброзичливості» ($p \leq 0,05$), а у студентів жіночої статі ($p \leq 0,01$) показник тенденції «домінування».

Статистично значущими після формувальних впливів виявились зміни у показниках результатів дослідження ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності у студентів експериментальної групи. В структурі професійної мотивації юнаків та дівчат, спостерігаємо переорієнтацію мотиваційної сфери студентів із вузькоспрямованих мотивів власної праці на мотиви соціальної значущості праці та професійної майстерності, що є показником розуміння студентами важливості медичної професії для суспільства, і є показовим з огляду на предмет нашого дослідження. Зростання рівня професійної спрямованості студентів, що актуалізує прагнення до удосконалення в майбутній професійній діяльності

У даному випадку, можна констатувати позитивні зміни у розвитку професійної мотивації студентів-медиків у напрямку зростання рівня

усвідомленості соціальної значущості медичної професії та рівня професійної спрямованості на майбутню медичну діяльність. Ймовірно, це є результатом гендерної спрямованості запропонованих програм спецкурсу та тренінгу, оскільки сприяло розвитку асертивних рис особистості у дівчат та поліпшенню їх розуміння значущості власної майбутньої професії, її важливості та престижності.

Позитивні зміни спостерігаємо також у розвитку рефлексивно-творчого компоненту професійної компетентності майбутніх лікарів. Отримані після формувального експерименту дані, свідчать про якісні зміни у показниках загальної оцінки ірраціональності мислення юнаків та дівчат експериментальної групи, а також зменшення кількості студентів із вираженими наявними ірраціональними установками у мисленні та поведінці. З усією очевидністю спостерігаємо розвиток рефлексивності майбутніх лікарів, як важливої якості їх особистості через набуття навичок кращого розуміння себе та інших людей, а також мотивів різноманітних соціальних ситуацій.

Таким чином, результати формувального етапу дослідження дозволили підтвердити висунуту гіпотезу про актуальність врахування гендерних характеристик професійного становлення майбутніх лікарів та ефективність застосування спеціальних інтерактивних методів тренінгового впливу та особистісно-орієнтованого навчання з метою формування професійної компетентності майбутніх лікарів у вищому навчальному закладі.

ВИСНОВКИ

На підставі узагальнення отриманих даних встановлено основні положення, які відповідають висунутій гіпотезі та завданням нашого дослідження. Результати дослідження дали змогу зробити наступні висновки:

1. Проведений теоретико-методологічний аналіз наукових джерел дозволяє констатувати, що на сьогодні проблема формування професійної компетентності майбутніх фахівців, в тому числі майбутніх лікарів, активно розглядається як окремий предмет міждисциплінарних досліджень в галузі педагогіки та психології. Разом з тим, в науковій літературі відсутній підхід до розгляду визначеної проблеми з огляду гендерних особливостей становлення професійної компетентності майбутніх лікарів в умовах їх навчально-професійної діяльності. На основі узагальнення стану розроблення досліджуваної проблеми визначено зміст, структуру та види професійної компетентності майбутніх лікарів. До видів професійної компетентності майбутнього лікаря належать: спеціальна, соціально-психологічна, особистісно-творча, комунікативна, саморегуляційна, морально-етична та правова компетентність. Компонентами професійної компетентності є: ціннісно-мотиваційний, операційно-діяльнісний, поведінковий, комунікативний, когнітивний, рефлексивно-творчий. Визначені компоненти виступають в якості критеріїв оцінки рівня розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів.

2. Визначено і проаналізовано гендерні особливості особистості майбутнього лікаря, що беруть участь у детермінації процесу становлення професійної компетентності на етапі професіоналізації фахівців у ВМНЗ. До них належать: гендерна ідентичність, гендерні ролі, гендерні установки, гендерні стереотипи, показники маскулінності та фемінності.

3. Розширено та поглиблено зміст поняття «професійна компетентність майбутнього лікаря», яке розглядається як складне особистісне утворення, що містить систему науково-професійних знань, практичних умінь й особистісних якостей, необхідних для успішного виконання майбутньої професійної

діяльності. Професійна компетентність майбутнього фахівця з медицини визначає його націленість на перспективність (прогностичність) в майбутній професійній діяльності, відкритість до динамічного збагачення, впевненість у собі й здатність досягати значущих результатів у майбутній професійній діяльності; передбачає усвідомлення своїх потреб, мотивів, ціннісних орієнтацій відносно майбутньої професії, уявлень про свої соціальні та гендерні ролі. При цьому важливим є те, що професійна компетентність – це не статистично досягнутий стан, а динамічний процес становлення, що постійно розгортається.

4. Теоретично обґрунтовано і розроблено психолого-педагогічну модель формування професійної компетентності майбутнього лікаря, в якій, в якості новітніх цілеспрямованих навчально-виховних впливів, виступають методи особистісно-орієнтованого навчання. Дана модель дозволяє визначити змістовні взаємозв'язки між основними компонентами та видами професійної компетентності майбутнього лікаря та тими чинниками її формування, які забезпечують високий рівень успішності оволодіння майбутньою професійною діяльністю. Основною ідеєю запропонованої моделі є переконаність у тому, що більшість важливих для розвитку професійної компетентності чинників підлягають формуванню, розвитку та корекції під час спеціально організованого особистісно-орієнтованого навчання у ВМНЗ.

5. На підставі результатів попереднього етапу емпіричного дослідження визначено комплекс валідних та надійних психодіагностичних методів, які використовувались на етапі констатації з метою дослідження гендерних особливостей розвитку основних компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів чоловічої та жіночої статі. Результати, що було отримано на констатувальному етапі емпіричного дослідження, свідчать про наявність виражених гендерних установок у майбутніх лікарів щодо медичної професії. Так, за результатами анкетування, більшість досліджуваних (54,6%), як юнаків, так і дівчат, вважають, що лікарі-жінки ставляться до пацієнтів краще, ніж чоловіки, а серед успішних лікарів більше представників чоловічої статі. У відповідях

також мали місце, т.зв. «професійні міфи», згідно яких тільки чоловік може бути хорошим хірургом, гінекологом тощо. Крім того, існуючі гендерні стереотипи нав'язують сприйняття чоловіка, як більш професійного, відповідального, наполегливого, серйозного, що також має неабияке значення для професійної успішності лікаря. До типово «чоловічих» лікарських спеціальностей, на думку респондентів належать: хірургія та нейрохірургія, ортопедія та травматологія, анестезіологія, урологія, акушерство і гінекологія, а до найпопулярніших «жіночих» лікарських спеціальностей – педіатрія, терапія, акушерство і гінекологія, офтальмологія. На думку майбутніх лікарів, для того, щоб бути успішним у міжособистісному та професійному спілкуванні необхідно володіти фемінними рисами (чуйність, доброта, турбота, співчуття тощо).

Гендерні відмінності спостерігаються також у показниках тенденцій «домінування» та «доброзичливості» (тест Т.Лірі), що виявляють недостатній рівень сформованості комунікативного компоненту професійної компетентності у майбутніх лікарів, з переважанням тенденції «домінування» у юнаків (особливо у студентів третього курсу), а у дівчат – тенденції «доброзичливість» (найбільш високі показники у лікарів-інтернів, а низькі – у студенток третього курсу).

Дослідження особливостей розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності майбутніх лікарів дозволяє стверджувати, що провідним мотивом вибору медичної професії майже для всіх досліджуваних незалежно від їх статі є мотив піклування про здоров'я рідних. Це дозволяє констатувати недостатній рівень усвідомлення респондентами суспільної значущості майбутньої професії. Поряд із цим, наявними є гендерні та статусні відмінності серед вибірки студентів-медиків молодших курсів (для юнаків характерною є мотивація, що зорієнтована на процес (лікувати людей), а для дівчат – більш дієва і глибинна мотивація, що зорієнтована на результат (полегшити страждання важкохворих). У студентів старших курсів та лікарів-інтернів гендерних відмінностей у розподілі провідних мотивів вибору медичної професії не виявлено.

Порівняльний аналіз показників за шкалами методики А.Елліса виявляє наявність ірраціональних установок у мисленні та поведінці у всіх групах досліджуваних, що свідчить про достатньо високий рівень їхньої тривожності та схильність оцінювати несприятливу подію як жахливу і нестерпну. Гендерні відмінності на рівні статистичної значущості визначено у юнаків та дівчат молодших курсів (другого та третього). У студентів старших курсів та інтернів гендерних відмінностей за цими показниками у юнаків та дівчат не виявлено.

Загалом результати констатувального етапу дослідження дозволяють констатувати наявність гендерних відмінностей та недостатній рівень розвитку досліджуваних компонентів професійної компетентності у майбутніх лікарів, більше на додипломному, менше на післядипломному рівнях, що є частковим підтвердженням висунутої гіпотези дослідження. На підставі якісного аналізу даних констатується недостатній рівень розвитку визначених компонентів професійної компетентності у студентів майбутніх лікарів, а також було встановлено, що найбільш сензитивною категорією респондентів для розвитку професійної компетентності є студенти третього курсу.

6.3 метою підвищення ефективності процесу формування професійної компетентності майбутніх лікарів в умовах їх навчально-професійної діяльності, розроблено та впроваджено програми авторського спецкурсу з психології «Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря» та гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної компетентності майбутніх лікарів». Реалізація програми формувальних впливів здійснювалась на засадах особистісно-орієнтованого підходу, і передбачала використання спеціальних методів активного навчання та різноманітних вправ на розвиток професійної ідентичності, професійної спрямованості, формування необхідних професійно важливих якостей особистості майбутніх лікарів, усвідомлення особистих потреб, можливостей, професійних інтересів і цінностей, а також рефлексії ролі гендерних стереотипів в процесі особистісного та професійного зростання.

Аналіз ефективності запропонованої автором програми формувального експерименту засвідчив високу ефективність застосування запропонованих методів особистісно-орієнтованого навчання з метою формування визначених компонентів професійної компетентності у майбутніх лікарів.

Своєрідним підтвердженням отриманих статистичних даних був якісний аналіз самоописових характеристик, представлених майбутніми лікарями в наративах «Я-жінка/чоловік», серед яких спостерігались гендерно нейтральні відповіді і серед юніків і серед дівчат.

Після формувальних впливів із статистично значущою відмінністю у студентів чоловічої та жіночої статі в ЕГ змінились показники «маскулінності»/«фемінності» (Т.Лірі) у напрямку розвитку андрогінних якостей. Показники інтерперсональних тенденцій «домінування» та «доброзичливості» у міжособистісній взаємодії (Т. Лірі), що характеризують особливості розвитку комунікативного компоненту професійної компетентності, після формувальних впливів в ЕГ демонструють збільшення у студентів чоловічої статі ($p \leq 0,05$) показника тенденції «доброзичливість», а у студентів жіночої статі ($p \leq 0,01$) показника тенденції «домінування». Статистично значущими після формувальних впливів також виявились зміни у показниках результатів дослідження ціннісно-мотиваційного компоненту професійної компетентності у студентів ЕГ. Позитивні зміни також спостерігались в структурі професійної мотивації юнаків та дівчат, відбулась певна переорієнтація мотиваційної сфери студентів із вузькоспрямованих мотивів власної праці на мотиви соціальної значущості праці та професійної майстерності, що є показником розуміння студентами важливості медичної професії для суспільства, і є показовим з огляду на предмет нашого дослідження. Ймовірно, це є результатом гендерної спрямованості запропонованих програм спецкурсу та тренінгу, оскільки, за результатами наративних самоописів у більшості юнаків та дівчат, сприяло розвитку у них асертивних рис, поліпшенню їх розуміння значущості власної майбутньої професії, її важливості та престижності.

Статистично значущі зміни відбулись також у розвитку рефлексивно-творчого компоненту професійної компетентності майбутніх лікарів. Отримані після формувального експерименту дані (тест А.Елліса), свідчать про якісні зміни у показниках загальної оцінки раціональності мислення юнаків та дівчат в ЕГ, а також зменшення кількості студентів із вираженими наявними ірраціональними установками у мисленні та поведінці. З усією очевидністю спостерігаємо розвиток рефлексивності майбутніх лікарів, як важливої якості їх особистості через набуття навичок кращого розуміння себе та інших людей, а також мотивів різноманітних соціальних ситуацій.

Таким чином, результати формувального етапу дослідження дозволили підтвердити висунуту гіпотезу про актуальність врахування гендерних особливостей професійного становлення майбутніх лікарів та ефективність застосування інтерактивних особистісно-орієнтованих методів впливу з метою формування основних компонентів їхньої професійної компетентності в умовах навчально-професійної діяльності у ВМНЗ.

На основі результатів проведеного дисертаційного дослідження встановлено, що навчальне середовище у ВМНЗ, яке наповнене гендерним змістом створює передумови для виховання гендерної культури і толерантності особистості майбутніх лікарів як необхідних джерел розширення їх цілісної картини світу. Очевидно, що проведення гендерно-просвітницьких заходів (семінарів, тематичних занять, круглих столів та тренінгів з гендерної проблематики) та інтеграція гендерних підходів у вищу медичну освіту сприятиме модернізації змісту навчальних курсів на етапах додипломної та післядипломної освіти майбутніх лікарів та є засобом підвищення особистісного та професійного зростання медичних фахівців (студентів, інтернів, слухачів курсів підвищення кваліфікації, професорсько-викладацького складу ВМНЗ).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М.: Мысль, 1991. – 301с.
2. Аверин В. А. Психология медицинского образования: Опыт акмеологического исследования / В. А. Аверин, Т. Л. Бухарина. – СПб.: ППМИ, 1995. – 167 с.
3. Алексюк А. М. Педагогіка вищої освіти України: Історія. Теорія: підручник для студентів, аспірантів та молодих викладачів / А. М. Алексюк. – К.: Либідь, 1998. – 560 с.
4. Антропология профессий: сб. науч. ст. / Под ред. П. В. Романова, Е. Р. Ярской-Смирновой. – Саратов: Центр социальной политики и гендерных исследований: Изд-во «Научная книга», 2005. – 464 с.
5. Астахов В. И. Система образования Украины в поисках ответов на глобальные вызовы эпохи / В. И. Астахов // Новий колегіум. – 2004. – №5. – С. 12 – 15.
6. Балл Г. О. До аналізу ціннісних складових професійної культури особи // Професійна освіта: педагогіка і психологія: Польсько-український щорічник / Г. О. Балл / За ред . Т. Левовицького, І. Вільш, І. Зязюна, Н. Ничкало. – Ченстохова; К., 2008. – С. 233–249.
7. Балл Г. О. Духовність професіонала і педагогічне сприяння її становленню: орієнтири психологічного аналізу / Г. О. Балл // Професійна освіта: педагогіка і психологія: Україно-Польський журнал / За редакцією І. Зязюна, Н. Ничкало, Т. Левовицького, І. Вільш. – Київ; Ченстохова, 2000. – Випуск II. – С. 216 – 231.
8. Баранников А. В. Самообразование и компетентностный подход – качественный ресурс образования: Теория и практика / А. В. Баранников. – М.: Москов. центр качества образования, 2009. – 496 с.
9. Бендас Т. В. Гендерная психология: учеб. пособ. / Т. В. Бендас. – СПб.: Питер, 2006. – 431 с.

10. Берн Ш. Гендерная психология / Ш.Берн. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. – 320 с.
11. Бобер Е. А. Специфика профессиональных личностных особенностей студентов медицинского колледжа как фактор качества подготовки специалиста / Е. А. Бобер // Молодой ученый. – 2013. – №3. – С. 460 – 463.
12. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности: учеб. пособие / В. А. Бодров. – [2-е изд.] – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 511 с.
13. Болотов В. А. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе [Электронный ресурс] /В. А. Болотов, В. В. Сериков // Педагогика. – 2003. – № 10. – С. 8 – 14. – Режим доступа до ресурсу: http://pedlib.ru/Books/5/0306/5_0306-1.shtml
14. Бондаревская Е. В. Теория и практика личностно-ориентированного образования / Е. В. Бондаревская. – Ростов н/Д., 2000. – 352 с.
15. Борисюк А. С. Особливості мотиваційних компонентів пізнавальної активності студентів-медиків / А. С. Борисюк // Філософія, соціологія, психологія. Збірник наукових праць. – Івано-Франківськ: Плай, 2006. – Вип. 11. – Ч. 1. – С. 31 – 36.
16. Борисюк А. С. Психологічні особливості формування професійних якостей майбутнього медичного психолога: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / А. С. Борисюк. – Івано-Франківськ, 2004. – 229 с.
17. Браже Т. Г. Развитие творческого потенциала учителя / Т. Г. Браже // Советская педагогика. – 1989. – № 8. – С. 89–94.
18. Васюк А. Г. Психологические особенности профессионального становления личности врача: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.11/ А. Г. Васюк. – М., 1992. – 253 с.
19. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие / И. В. Вачков. – М.: Изд-во «Ось»-89, 2000. – 224 с.
20. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) [Електронний ресурс] / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. – К.; Ірпінь: ВТФ

- «Перун», 2005. – 1728 с. – Режим доступу до джерела:
<http://padaread.com/?book=50054>
21. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход / А. А. Вербицкий. – М. : Высшая школа, 1991. – 207 с.
 22. Вітенко І. С. Психологічні основи підготовки медичних кадрів / І. С. Вітенко. – Х.: Основа, 1995. – 158 с.
 23. Волков В. Т. Личность пациента и болезнь / В. Т. Волков, А. К. Стрелис, Е. В. Караваева, Ф. Ф. Тетенев. – Томск: Сиб. мед. ун-т, 1995. – 328 с.
 24. Волошина М. С. Профессиональная инкультурация в образовании: теория и практика / М. С. Волошина. – Новокузнецк: ИПК, 2001. – 114 с.
 25. Воронина О. А. Гендер и культура / О. А. Воронина, Т. А. Клименкова // Женщины и социальная политика (гендерный аспект) / Под ред. З. А. Хоткиной. – М.: Ин-т соц.-экон. пробл. народонаселения РАН, 1992. – С. 10 – 22.
 26. Гендерна статистика для моніторингу досягнення рівності жінок і чоловіків. Проект «Сприяння гендерній рівності» ПРООН/ Державний комітет статистики України [Електронний ресурс] / Кабінет Міністрів України. – Режим доступу до журналу : <http://westukr.itgo.com/gender.htm>.
 27. Гендерний підхід в управлінні загальноосвітніми навчальними закладами: навч. посібник / За заг. ред. В. В. Олійника, Л. І. Даниленко. – К.: Логос, 2004. – 212 с.
 28. Геодакян В. А. Теория дифференциации полов / В. А. Геодакян // Человек в системе наук. – М.: Наука, 1989. – С. 171 – 189.
 29. Говорун Т. В. Гендерна психологія: навч. посіб. / Т. В. Говорун, О. М. Кікінежді. – К.: Видавничий центр «Академія», 2004. – 308 с.
 30. Горностай П. П. Гендерний розвиток та гендерна ідентичність особистості, особливості чоловічої та жіночої соціалізації [Електронний ресурс] / П. П. Горностай // Гендерні студії: освітні перспективи (навч.-метод. матеріали). – К.: ПЦ "Фоліант", 2003. – С. 5-21. – Режим доступу до ресурсу : <http://gorn.kiev.ua/publ21.htm>

31. Городнова Н. М. Організація проведення тренінгу з формування здорового способу життя у дітей та молоді / Н. М. Городнова // Зб. наук. праць: Проблеми емпіричних досліджень у психології. – Випуск 4. – К: Гнозис, 2010. – С. 450 – 458.
32. Городнова Н. Н. Гендерное воспитание подростков в семье / Н. Н. Городнова // Сб. науч. ст. : Гендерные исследования в образовании : проблемы и перспективы / Под ред. Н. К. Сергеева. - Волгоград: Из-во ВГПУ «Перемена», 2012. – С. 249 – 258.
33. Городнова Н. Н. Гендерные стереотипы студентов медицинского вуза / Н.Н. Городнова // Сб. науч. тр. : Педагогическое образование. – Владикавказ: Изд-во СОГУ им. К. Л. Хетагурова, 2014. – С. 127 – 135.
34. Грошев И. В. Пол и качества врача / И. В. Грошев // Ананьевские чтения – 97: тезисы научно-практической конференции. – СПб. – 1997. – С.182 – 183.
35. Губарева О. С. Психологічні особливості формування професійної компетентності працівників ОВС : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 / О. С. Губарева. – Х., 2005. – 216 с.
36. Давиденко Е. М. Соціологічний портрет сучасного студента [Електронний ресурс] / Е. М. Давиденко, Ю. В. Родіна. – 2011. – Режим доступу до ресурсу: http://www.rusnauka.com/1_NIO_2011/Psihologia/77422.doc.htm.
37. Дем'янчук Т. О. Виховання студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівня акредитації в позааудиторний час: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.04 / Т. О. Демянчук / Інститут педагогіки АПН України. – К., 1998. – 16 с.
38. Денисова Е. А. Гендерные особенности самореализации личности студентов: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук: 19.00.01 / Е. А. Денисова. – Москва, 2010. – 23 с.
39. Денисова О. В. Становление профессиональной идентичности студента-медика в образовательном процессе вуза: автореф. дисс. на соискание науч.

- степени канд. психол. наук: 19.00.07 / О. В. Денисова. – Екатеринбург, 2008. – 25 с.
40. Деркач А. А. Психология развития профессионала: учеб. пособ. / А. А. Деркач, В. Г. Зазыкин, А. К. Маркова. – М.: Издательство РАГС, 2000. – 124 с.
 41. Дорофеев А. А. Профессиональная компетентность как показатель качества образования [Электронный ресурс] / А. А. Дорофеев // Высшее образование в России. – 2005. – №4. – С. 30 – 33. – Режим доступа до журнала: <http://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-kompetentnost-kak-pokazatel-kachestva-obrazovaniya-1>.
 42. Дралюк И. А. Повышение качества подготовки специалиста как условие его конкурентоспособности [Электронный ресурс] / И. А. Дралюк, Р. С. Дралюк // Теория и практика образования в современном мире: материалы VI междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2014 г.). – СПб.: Заневская площадь, 2014. – С. 297–300. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.moluch.ru/conf/ped/archive/145/6541/>.
 43. Дресвянина А. В. Качественная оценка гендерной идентичности/ А. В. Дресвянина // The theory and practice of gender researches in world science: materials of the V international scientific conference on May 5-6, 2014. – Prague: Vedeckovydavatel'ske centrum "Sociosfera-CZ". – 118 p. – С. 31 – 35.
 44. Дружилов С. А. Обобщенный (интегральный) подход к обеспечению профессионализма человека [Электронный ресурс] / С. А. Дружилов // Психологические исследования: Электронный научный журнал. – 2012. – № 1 (21). – С. 2. – Режим доступа до журнала : <http://psystudy.ru/index.php/num/2012n1-21/621-druzhilov21.html>.
 45. Дружилов С. А. Профессиональная компетентность и профессионализм педагога : психологический подход [Электронный ресурс] / С. А. Дружилов // Сибирь. Философия. Образование. – Научно публицистический альманах : СО РАО, ИПК.– Новокузнецк, 2005. – С. 26 – 44. – Режим доступа до ресурсу : <http://drusa-nvkz.narod.ru/Pedagog-Sib.html>.

46. Дубасенюк О. А. Компетентнісний підхід у професійній підготовці вчителя / О. А. Дубасенюк // Формування естетичної компетентності особистості засобами народознавства : зб. наук. праць молодих дослідників / За заг. ред. О. С. Березюк, Л. О. Глазунової. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2010. – С. 10 – 16.
47. Дубовицкая Т. Д. Диагностика уровня профессиональной направленности студентов / Т. Д. Дубовицкая // Психологическая наука и образование. – 2004. – № 2. – С. 82 – 86.
48. Дуброва В. П. Образец идеального врача в представлениях студентов высшей медицинской школы / В. П. Дуброва, И. В. Елкина // Психологическая наука и образование. – 2000. – № 4. – С. 50 – 59.
49. Дуброва В. П. Размышления о врачебном искусстве, или социально-психологические факторы успешности деятельности врача / В. П. Дуброва // Медицина. – 1999. – № 3. – С. 8 – 29.
50. Дуброва В. П. Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом [Электронный ресурс] / В. П. Дуброва // Психологическая наука и образование. – 2000. – №3. – С.62–66. – Режим доступа до журналу : <http://psyjournals.ru/psyedu/2000/n3/Dubrova.shtml>.
51. Душков Б. А. Психология труда, профессиональной, информационной и организационной деятельности : учебное пособие для высшей школы / Б.А. Душков, А. В. Королев, Б. А. Смирнов. – М. : Академический проект, 2003. – 848 с.
52. Дынин П. И. Женщина и карьера / П. И. Дынин // Практикум по гендерной психологии / Под. ред. И. С. Клециной. – СПб. : Питер, 2003. – С. 300 – 319.
53. Евтихов О. В. Практика психологического тренинга / О. В. Евтихов. – СПб. : Речь, 2004. – 256 с.
54. Емельянов Ю. Н. Теории формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности : дисс. ... д-ра психол. наук: 19.00.05 / Ю. Н. Емельянов. – Ленинград. – 1990. – 403 с.

55. Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение / Ю.Н. Емельянов. – Ленинград : Издательство ленинградского университета, 1985. – 166 с.
56. Етичний кодекс лікаря України [Електронний ресурс] / Медична газета «Здоров'я України». – №19 (224). – С. 30 – 31. – Режим доступу до ресурсу: <http://health-ua.com/pics/pdf/19/30-31.pdf>.
57. Жукова М. И. Социально-психологические факторы успешности деятельности врача : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.05 / М. И. Жукова. – М., 1990. – 21 с.
58. Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – Режим доступу до ресурсу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2866-15>
59. Закон України «Про освіту» [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – Режим доступу до ресурсу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/stru#Stru>.
60. Занина Л. В. Основы педагогического мастерства / Л. В. Занина, Н. П. Меньшикова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2003. – 288 с.
61. Зеер Э. Ф. Компетентностный подход к модернизации профессионального образования [Електронний ресурс] / Э. Ф. Зеер, Э. Э. Сыманюк // Высшее образование в России. – 2005. – №4. – С.23 – 30. – Режим доступу до журналу : <http://cyberleninka.ru/article/n/kompetentnostnyy-podhod-k-modernizatsii-professionalnogo-obrazovaniya>.
62. Зеер Э. Ф. Психология профессий: учеб. пособ. / Э. Ф. Зеер. – [3-е изд.]. – М. : Академический Проект ; Фонд «Мир», 2005. – 336 с.
63. Зимняя И. А. Единая социально-профессиональная компетентность выпускника университета: понятие, подходы к формированию и оценке : раздаточный материал для проведения занятий [Електронний ресурс] / И. А. Зимняя / Федеральное агенство по образованию / Государственный университет «Московский институт стали и сплавов». – М., 2008. – Режим доступу до ресурсу : misis.ru/Portals/0/Download/Press/2011/Зимняя.doc.

64. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата современного образования [Электронный ресурс] / И. А. Зимняя // Интернет-журнал "Эйдос", 2006. – Режим доступа до журналу : <http://www.eidos.ru/journal/2006/0505.htm>.
65. Зинзюк Л. А. Профессиональная компетентность : социально-психологические особенности формирования у студентов-медиков / Л. А. Зинзюк // Современный научный вестник. Научно-теоретический и практический журнал. (Серия: Филология, психология, философия). – Белгород : «Руснаучкнига», 2009. – №25 (81). – С. 52 – 55.
66. Зінзюк Л. А. Асертивність як запорука психологічного здоров'я студентської молоді / Л. А. Зінзюк, В. А. Осипенко, О. М. Пендерецька // Матеріали за VII Міжнародна научна практична конференція [«Образованието и науката на XXI век – 2011», (17–25 октомври 2011 г.). – Том 13. (Психология и социология). – София: «Бял ГРАД-БГ» ООД, 2011. – С. 6 – 8.
67. Зінзюк Л. А. Вікові особливості розвитку пам'яті студентів-медиків / М. П. Тимофієва, Л. А. Зінзюк, Д. Б. Минзак // Матеріали за VII Міжнародна научна практична конференція [«Найновите постижения на европейската наука – 2011», (17–25-ти юни 2011 г.). – Том 25. (Психология и социология). – София : «Бял ГРАД-БГ» ООД, 2011. – С. 8 – 11.
68. Зінзюк Л. А. Гендерні особливості професійного становлення особистості / Л. А. Зінзюк // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції [«Соціалізація особистості і суспільні трансформації: механізми взаємовпливу та вияви»], (Чернівці, 14–16 травня 2009 р.) / М-во освіти і науки України, Чернівецький нац. ун-т ім. Юрія Федьковича, ун-т Економіки та права „Крок” (м. Київ). – Чернівці: Книги – XXI, 2009. – С. 105 – 106.
69. Зінзюк Л. А. Гендерні особливості успішності особистості у майбутній професійній діяльності / Л. А. Зінзюк // Науковий вісник Чернівецького університету : зб. наук. праць. – Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2011. – Вип. 574. Педагогіка та психологія. – С. 66 – 71.

70. Зінзюк Л. А. Гендерні стереотипи та особливості становлення і самореалізації особистості / Л. А. Зінзюк // Матеріали Всеукраїнського конкурсу науково-дослідних робіт учнів, студентів та аспірантів з питань гендерної рівності в українському суспільстві (Київ, 13–14 травня 2007 р.) / М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту, Департамент сімейної, гендерної політики та демографічного розвитку. – Київ : М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту, 2007. – С.112 – 115.
71. Зінзюк Л. А. Значення дисципліни «Основи психології та педагогіки» у професійній підготовці майбутніх лікарів / А. С. Борисюк, Л. А. Зінзюк // Матеріали 41-ї навчально-методичної конференції викладачів Буковинського державного медичного університету [«Методичні, педагогічні, психологічні проблеми додипломної та післядипломної підготовки фахівців в контексті інтеграції вищої освіти в Європейський освітній простір»], (22 березня 2005 року). – Чернівці : Буков. держ. мед. ун-т, 2005. – С. 9.
72. Зінзюк Л. А. Особливості емпіричного дослідження професійної мотивації студентів з сільської місцевості / Л. А. Зінзюк // Вісник Чернівецького обласного філософського товариства. – Чернівці, 2008. – № 2. – С. 63–72.
73. Зінзюк Л. А. Особливості психологічного дослідження професійних ціннісних орієнтацій студентів-медиків / Л. А. Зінзюк, Н. В. Оксіна // Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць. – Луганськ: Видавництво СНУ ім. В. Даля, 2006. – № 5(16). – С. 66 – 69.
74. Зінзюк Л. А. Особливості становлення професійної ідентичності майбутнього лікаря / Л. А. Зінзюк // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України ; За ред С. Д. Максименка. – Т. 7 : Екологічна психологія. – Вип. 18: Психологія освітнього простору. – К. ; Миколаїв: ТОВ «Фірма «Іліон», 2009. – С. 464 – 467.
75. Зінзюк Л. А. Особливості формування гендерної ідентичності жінки в сучасній Україні / Л. А. Зінзюк, М. П. Тимофієва, Н. І. Зорій // Матеріали Міжнародної науково-практичної Інтернет конференції [«Духовно-

- культурний чинник у зміцненні сім'ї та інтеграції суспільства»], (17–18 листопада 2011 р.). – Чернівці, Чернівецький нац. ун-т ім. Ю. Федьковича : Рута, 2011. – 232 с. – С. 19 – 21.
76. Зінзюк Л. А. Професійна компетентність як інтегральна характеристика формування особистості спеціаліста / Л. А. Зінзюк // Збірник наукових праць : філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ : ВДВ ЦІТ Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2008. – Вип. 13. – Ч. 2. – С. 117 – 122.
 77. Зінзюк Л. А. Професійна компетентність як системоутворюючий фактор професійної підготовки фахівця з медицини / Л. А. Зінзюк // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. Праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2008. – Т.Х. – Част. 4. – С. 213 – 220.
 78. Зінзюк Л. А. Психологічний аналіз поняття «професійна компетентність» студента-медика в гендерному аспекті / Л. А. Зінзюк // Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / За ред. академіка С. Д. Максименка. – К. : Главник, 2005. – Вип. 26. – Том 2. – С.141 – 144.
 79. Зінзюк Л. А. Психолого-педагогічна модель формування професійної компетентності студентів-медиків / Л. А. Зінзюк // Актуальні проблеми психології : Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія : зб. наук. праць / за ред. С. Д. Максименка. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – Т.Х. Вип. 17. – С. 152 – 162.
 80. Зінзюк Л. А. Роль гендерних стереотипів у поведінковій моделі студента-медика / Л. А. Зінзюк, В. М. Радчук // Матеріали Всеукраїнської науково-методичної конференції [«Підготовка лікарів-психологів : сучасний стан, перспективи, тенденції»], (13–14 травня 2005 р.) / М-во охорони здоров'я України, Буков. держ. мед. ун-т. – Чернівці : Буков. держ. мед. ун-т, 2005. – С.53 – 56.
 81. Зінзюк Л. А. Роль професійної мотивації у формуванні особистості лікаря / Л. А. Зінзюк, А. Б. Коваленко // Матеріали Міжнародної науково-

- практичної конференції [«Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін»], (Чернівці, 17–18 травня 2007 р.) / М-во освіти і науки України, Чернівецький нац. ун-т імені Юрія Федьковича, ун-т Економіки та права „Крок” (м. Київ). – Чернівці: Рута, 2007. – С. 587 – 591.
82. Зінзюк Л. А. Сім'я як основний інститут гендерної соціалізації та становлення гендерної ідентичності особистості / Л. А. Зінзюк // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції [«Трансформації сім'ї у сучасному світі»], (20–21 травня 2010 р.). – Чернівці : Книги –ХХІ, 2010. – С. 68 – 69.
 83. Зінзюк Л. А. Соціально-психологічний тренінг «Я-концепція» як інтегральна складова психічного та психологічного здоров'я сільської молоді / М. П. Тимофієва, Н. І. Зорій, Л. А. Зінзюк // Матеріали навчально-методичної конференції [«Актуальні питання підготовки медичних та фармацевтичних фахівців у контексті Європейської освітньої інтеграції»]. – Чернівці, 2011. – 260 с. – С. 41.
 84. Зінзюк Л. А. Тренінгові технології як ефективний метод формування особистості компетентного фахівця з медицини / Л. А. Зінзюк // Матеріали ІІ Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110-й річниці від дня народження Г. С. Костюка (19–20 квітня 2010р.). – Т.3., – Київ, 2010. – С. 68 – 70.
 85. Зінзюк Л. А. Особливості розвитку пізнавальної активності студентів-медиків першого курсу / Л. А. Зінзюк, М. П. Тимофієва // *Materialy VII Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji [«Aktualne problemy nowoczesnych nauk»]*. – Vol. 21. (Psychologia I sociologia), – Przemyśl: Nauka I studia, 2011. – 112 с. – С. 46 – 49.
 86. Зязюн І. А. Інтелектуально творчий розвиток особистості в умовах неперервної освіти / І. А. Зязюн // *Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи: [монографія]*. – К.: Віпол, 2000. – 636 с.
 87. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2008. – 432с.

88. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
89. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин – СПб. : Издательство “Питер”, 2000. – 512 с.
90. Кікінежді О. М. Гендерна ідентичність в онтогенезі особистості: монографія / О. М. Кікінежді. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2011. – 400 с.
91. Кікінежді О. М. Гендерно-освітні технології як психолого-педагогічний супровід статевої соціалізації особистості [Електронний ресурс] / О. М. Кікінежді //Український науковий журнал "Освіта регіону". – 2013. – №3. – С. 158 – 163. – Режим доступу до ресурсу : <http://social-science.com.ua/article/1117>.
92. Клецина И. С. Гендерная компетентность студентов и студенток вузов, готовящих специалистов для «мужских» и «женских» профессий [Електронний ресурс] / И. С. Клєцина // Личность и бытие: субъектный подход: материалы V Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. З. И. Рябикиной, В. В. Знакова. – Краснодар : Кубанский гос. ун-т, 2010. – С. 224–227. – Режим доступу до ресурсу : <http://humanpsy.ru/klyotsina/gendernaya-kompetentnost-studentov-i-studentok-vuzov-gotovyashchikh-spetsialistov-dlya-muzhskikh-i-zhenskikh-professij>.
93. Клецина И. С. "Компетентностный подход" и гендерное образование в высшей школе [Електронний ресурс] / И. С. Клецина // Актуальные вопросы современного университетского образования : Материалы X Российско-Американской научно-практической конференции (14-16 мая 2007 г.). – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2007. – С. 105–109. – Режим доступу до ресурсу : <http://humanpsy.ru/klyotsina/gender-educ>.
94. Клєцина И. С. Отцовство в аналитических подходах к изучению маскулинности [Електронний ресурс] / И. С. Клєцина // Женщина в российском обществе. Российский научный журнал. – 2009. – № 3 (52). – С. 29 – 41. – Режим доступу до ресурсу : <http://humanpsy.ru/klyotsina/maskulinnost>.

95. Климкович И. Г. Модель специалиста медицинского профиля / И. Г. Климкович. – М.: Медицина, 1998. – 126 с.
96. Климов Е. А. Психология профессионала: избр. психол. труды / Е. А. Климов. – Москва: Институт практической психологии, Воронеж: МОДЭК, 1996. – 400 с.
97. Козина И. М. Профессиональная сегрегация: гендерные стереотипы на рынке труда / И. М. Козина // Социологические исследования. – 2002. – №3. – С. 126 – 136.
98. Козлова Н. Н. Гендер и вхождение в модерн / Н. Н. Козлова // Общественные науки и современность. – 1999. – № 3. – С. 164 – 174.
99. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / під заг. ред. О. В. Овчарук. – К.: “К.І.С.”, 2004. – 112 с.
100. Компетентностный подход в высшем профессиональном образовании: монография. / Под ред. А. А. Орлова, В. В. Грачева. – М. : Директ-Медиа, 2014. – 378 с.
101. Кон И. С. Гегемонная маскулинность как фактор мужского (не) здоровья / И. С. Кон // Социология: теория, методы, маркетинг. Научно-теоретический журнал. – 2008а. – № 4. – С. 5–16.
102. Кон И. С. Мужская роль и гендерный порядок / И. С. Кон. // Вестник общественного мнения. – 2008. – №2 (94). – С. 37 – 43.
103. Косарев И. И. Педагогические аспекты высшего медицинского образования. / И. И. Косарев, А. В. Попков. – М.: ФГУП Экспериментальная типография, 2003. – С.6.
104. Костикова И. В. Введение в гендерные исследования: учеб. пособие для студентов вузов/ И. В. Костикова и др. / Под общ. Ред. И. В. Костиковой. – М.: Аспект Пресс, 2005. – 235 с.
105. Кострова Ю. С. Генезис понятий «компетенция» и «компетентность» / Ю. С. Кострова // Молодой ученый. – 2011. – №12. – Т.2. – С. 102 – 104.

106. Кузьмина Н. В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения / Н. В. Кузьмина. – М.: Высшая школа, 1990. – 162 с.
107. Лигер С. А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского ВУЗа и его влияние на личностно-профессиональное развитие врача: дис. канд. псих. наук: 19.00.04. / С. А. Лигер. – Москва, 1997. – 191 с.
108. Любіна Л. А. Гендерні аспекти розвитку професійної спрямованості студентів-медиків / Л. А. Любіна // Матеріали III Всеукраїнського психологічного конгресу з міжнародною участю [«Особистість у сучасному світі»], (20–22 листопада 2014 р.) / Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2014. – С. 429 – 432.
109. Любіна Л. А. Гендерно-орієнтований тренінг психолого-педагогічного спрямування як метод формування професійної компетентності майбутніх лікарів / Л. А. Любіна / Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2015. – Вип. 29. – С. 81 – 87.
110. Любіна Л. А. Формування професійної компетентності майбутніх лікарів (гендерних підхід) / Л. А. Любіна // Матеріали XI Міжнародної наукової інтернет-конференції [«Соціум. Наука. Культура»], (19–21 січня 2015 р.). – К., 2015. – С. 71 – 77.
111. Майборода Т. А. Основные подходы к определению содержания профессиональной компетентности в психологических исследованиях / Т.А. Майборода, Л. С. Мовсесян // Материалы научно-технической конференции по итогам работы профессорско-преподавательского состава СевКавГТУ за 2007 год. – Т. 1. Естественные и точные науки. Технические и прикладные науки – Ставрополь: СевКавГТУ, 2008. – 236 с.

112. Максименко С. Д. Медична психологія: підручник / С. Д. Максименко, І.А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча. – Вінниця: Нова Книга, 2008. – 520 с.
113. Максименко С. Д. Психологічні чинники розвиваючого навчання в різних освітніх системах: навч. посіб. / С. Д. Максименко. – К., 2000. – 272 с.
114. Максименко С. Д. Психологія особистості: підручник / С. Д. Максименко, К. С. Максименко, М. В. Папуча. – К.: ТОВ “КММ”, 2007. – 296 с.
115. Максименко С. Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці / С. Д. Максименко. – К.: Наукова думка, 1999. – 216 с.
116. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості: наукова монографія / С. Д. Максименко. – К.: ТОВ “КММ”, 2006. – 240 с.
117. Максименко С. Д. Теорія і практика психолого-педагогічного дослідження / С. Д. Максименко. – К. : КДІП, 1990. – 240 с.
118. Макшанов И. Я. Врачебная деонтология / И. Л. Макшаков. – М. : Высшая школа, 1998. – 160 с.
119. Макшанов С. И. Психология тренинга \ С. И. Макшанов. – СПб.: Речь, 1997. – 212 с.
120. Маркова А. К. Психологический анализ профессиональной компетентности учителя / А. К. Маркова // Сов. педагогика. – 1990. – № 8. – С. 82–88.
121. Маркова А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. – М. : Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. – 308 с.
122. Матюшкин А. М. Проблемы развития профессионально-теоретического мышления / А. М. Матюшкин. – М., 1980. – 141 с.
123. Мильман В. Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / В. Э. Мильман / Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции / А. И. Зеличенко, И. М. Карлинская , С. Р. Пантилеев и др. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 159 с. – С.23 – 43.

124. Митина Л. М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях / Л. М. Митина // Вопросы психологии. – 1997. – №4. – с. 28 – 38.
125. Митина Л. М. Психологическое сопровождение выбора профессии: научно-методическое пособие / Л. М. Митина. – [2-е изд.] – М. : Флинта, 2003. – 184 с.
126. Митина Л. М. Психология профессионального развития учителя: монография / Л. М. Митина. – М. : Московский психолого-социальный институт, 1998. – 200 с.
127. Митина О. В. Кросскультурное исследование стереотипов женского поведения (в России и США) / О. В. Митина, В. Ф. Петренко // Вопросы психологии. – 2000. – №1. – С. 68 – 86.
128. Митина О. В. Исследования женского гендерного поведения в социальном и кросскультурном аспектах/ О. В. Митина // Общ. науки и современность. – 1999. – № 1. – С.179 – 191.
129. Мони́на Г. Б. Коммуникативный тренинг (педагоги, психологи, родители) / Г. Б. Мони́на, Е. К. Лютова-Робертс. – СПб. : «Речь», 2005. – 224 с.
130. Москаленко В. В. Психологічні особливості сприймання у професійній інтеракції (на прикладі лікарської діяльності) [Електронний ресурс] / В. В. Москаленко // Психологічне дослідження творчих перцептивних процесів на різних вікових рівнях: монографія / В. О. Моляко, І. М. Біла, Н. А. Ваганова та ін.. / За ред. В. О. Моляко. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. – 210 с. – С. 33–57. Режим доступу до ресурсу : http://lib.iitta.gov.ua/1500/1/Psikhologichne_doslidzhennya_tvorchikh_pertseptivnikh_p.pdf
131. Мруга М. Р. Визначення поняття професійної компетентності // Науковий вісник Миколаївського державного університету : Збірник наукових праць. – Випуск 10. Педагогічні науки : У 2-х т. – Миколаїв: МДУ, 2005. – Т.2. – С. 89 – 93.
132. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної

компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13:00:04 / М. Р. Мруга. – К, 2007. – 24 с.

133. Неловкіна-Берналь О. А. Педагогічні умови формування професійної спрямованості студентів медичних спеціальностей / О. А. Неловкіна-Берналь // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2010. – Ч. 1. – № 10 (197). – С. 12 – 21.
134. Овчарук О. Ключові компетентності : Європейське бачення / О. Овчарук // Управління освітою. – 2004. – №2. – С. 6 – 9.
135. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: Посібник. – К. : Академвидав, 2003. – 448 с.
136. Педагогічна майстерність : підручник / І. А. Зязюн, Л. В. Крамущенко, І.Ф. Кривонос та ін. / за ред. І.А. Зязюна. – К. : Вища школа, 1997. – 349 с.
137. Петровская Л. А. Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг / Л. А. Петровская. – М. : Изд-во МГУ, 1989. – 216 с.
138. Поваренков Ю. П. Психологическое содержание профессионального становления личности / Ю. П. Поваренков. – М., 2002. – 124 с.
139. Покушалова Л. В. Проблема качества подготовки современного специалиста / Л. В. Покушалова // Молодой ученый. – 2011. – №2. – Т.2. – С. 107 – 109.
140. Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Питер, 2001. – 448 с.
141. Практикум по гендерной психологии: учеб. пособие / Под. ред. И.С.Клециной. – СПб. : Питер, 2003. – 479с.
142. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб. : Питер, 2000. – 560 с.
143. Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции / А. И. Зеличенко, И. М. Карлинская, С. Р. Пантилеев и др. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 159 с.

144. Проданов И. И. Теория и практика управления развитием профессионализма учителя в региональной инновационной системе образования: дис. ... доктора пед. наук: 13.00.08 / И. И. Проданов. – СПб., 1998. – 432 с.
145. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
146. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие, реализация / Дж. Равен / Пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2002. – 396 с.
147. Равен Дж. Педагогическое тестирование: проблемы, заблуждения, перспективы / Дж. Равен. – М.: Когито-Центр, 1999. – 144 с.
148. Разумникова О. М. Взаимодействие гендерных стереотипов и жизненных ценностей как факторов выбора профессии / О. М. Разумникова // Вопросы психологии. – 2004. – №4. – С. 76 – 83.
149. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство / А. В. Решетников. – М., 2003. – 226 с.
150. Решетников А. В. Социологическое осмысление медицины / А. В. Решетников // Социология медицины. – М., 2003. – №1. – С. 3 – 15.
151. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика [Электронный ресурс] / К. Рудестам. – К.: PSYLIB, 2004. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.psylib.org.ua/books/rudes01/index.htm>
152. Селевко Г. К. Компетентности и их классификация [Электронный ресурс] / Г. К. Селевко // Народное образование. – 2004. – №4. – С. 138–143. – Режим доступа до ресурсу: http://www.matem/uspu.ru/i/iust/math/subjectsMO4ORDMAT_MAT2007D02.pdf.
153. Селевко Г. К. Современные образовательные технологии: учеб. пособие для пед. вузов и ин-тов повышения квалификации / Г. К. Селевко. – М.: Народное образование, 1998. – 255 с.
154. Семакова О. С. Исследование социального статуса участковых врачей в ходе реализации национального проекта в сфере здравоохранения: опыт

- социологического анализа / О. С. Семакова // Социология. – 2006. – №02. – С. 176 – 182.
155. Сергеева М. Г. Подготовка специалистов экономического профиля посредством разработки модели профессиональной компетентности на пути экономического возрождения России [Электронный ресурс] / М. Г. Сергеева. – М., 2005. – Режим доступа до ресурсу: <http://lib.usue.ru/resource/free/12/s90.pdf>.
 156. Сидоренко Е. В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии / Е. В. Сидоренко. – СПб.: «Речь», 2004. – 208 с.
 157. Словарь гендерных терминов / Под ред. А. А. Денисовой // Региональная общественная организация «Восток-Запад: Женские Инновационные проекты». – М: Информация – XXI век, 2002. – 256 с.
 158. Собчик Л. Н. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири: Методическое руководство / Л. Н. Собчик. – Вып.3. – М., 1990. – 48с. (Серия «Методы психологической диагностики»).
 159. Соловьева С. Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача / С. Л. Соловьева. – СПб.: ГОУВПО, 2001. – 110 с.
 160. Стативка О. Н. Психологические особенности профессиональной и личностной компетенции специалистов [Электронный ресурс] / О. Н. Стативка // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія Психологія. – Харків, 2011. – № 959. – Вип. 46. – С. 178–182. – Режим доступа до ресурсу: <http://www-psychology.univer.kharkov.ua/download/vestnik/959.pdf>
 161. Столярчук Л. И. Теоретические аспекты гендерного образования / Л. И. Столярчук // Европа и современная Россия. Интегративная функция педагогической науки в едином образовательном пространстве: материалы третьей Международной научной конференции, 3 – 9 мая, 2005 года, Калининград-Варшава. – М.: МАНПО, 2005. – С. 203 – 207.

162. Стрельник О. О. Гендерна нерівність та соціальний статус жінки в Сучасному українському суспільстві: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. соц. наук: 22.00.01 / О. О. Стрельник / Харківський національний університет ім. В.Н. Карабіна. – Харків, 2003. – 23 с.
163. Супрун Л. М. Психологічний аналіз готовності майбутніх медсестер до професійної діяльності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01 / Л. М. Супрун / Ін-т психології АПН України. – К., 1994. – 17 с.
164. Ташликов В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 191 с.
165. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах та за межами буденності. К.: Либідь, 2003. – 376с.
166. Титаренко Т. М. Крізь статево-вікові обмеження / Т. М. Титаренко / Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К.: Либідь, 2003. – С. 113 – 139.
167. Тихолаз С. І. Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.04 / С. І. Тихолаз. – Вінниця, 2011. – 22 с.
168. Тихолаз С. І. Контекстний підхід до організації навчального процесу як умова розвитку професійної спрямованості студентів медичного університету [Електронний ресурс] / С. І. Тихолаз // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". – 2011. – № 4. – С. 165 – 169. – Режим доступу до ресурсу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Znpkhist_2011_4_38.pdf.
169. Трифонов Е. В. Психофизиология человека [Електронний ресурс] / Е. В. Трифонов // Русско-англо-русская энциклопедия. – 18-е изд. – 2015. – режим доступу до ресурсу: <http://www.tryphonov.ru/tryphonov6/terms6/cmprcm.htm>.

170. Хацаева Д. Т. Развитие профессиональной устойчивости у студентов медицинских вузов – будущих врачей: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.01/ Д.Т. Хацаева. – Владикавказ, 2000. – 129 с.
171. Хоробрых О. С. Гендерные особенности формирования потребностей в профессиональном развитии личности: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. соц. наук: 22.00.06 / О. С. Хоробрых. – Екатеринбург, 2008. – 20 с.
172. Хуторской А. В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования [Электронный ресурс] / А. В. Хуторской // Народное образование. – 2003. – № 2. – С. 55–61. – Режим доступа до ресурсу : http://edu.dvgups.ru/METDOC/CGU/PSIHOLOG/PSISH_TRUDA/METOD/U_P/frame/1.htm.
173. Хуторской А. В. Технология проектирования ключевых и предметных компетенций [Электронный ресурс] / А. В. Хуторской – Режим доступа до ресурсу : <http://www.eidos.ru/journal/2005/1212.htm>.
174. Хуторской А.В. Ключевые компетенции и образовательные стандарты [Электронный ресурс] / А. В. Хуторской // Интернет-журнал "Эйдос". – 2002. – Режим доступа до журналу : <http://eidos.ru/journal/2002/0423.htm>.
175. Ходырева Н. В. Гендер в психологии : история, подходы, проблемы / Н. В. Ходырева // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. – Сер. 6. – Вып. 2. – 1998. – №3. – С. 74 – 82.
176. Царькова Е. А. Компетентность в контексте модернизации профобразования / Е. А. Царькова // Профессиональное образование. – 2004. – № 6. – С. 5 – 6.
177. Цветкова Л. А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров : автореф. дис. на соискание науч. степени. канд. психол. наук : 19.00.05 / Л. А. Цветкова. – СПб., 1994. – 24 с.
178. Чепелева Н. В. Идентичность личности в контексте психологической герменевтики / Н. В.Чепелева // Актуальні проблеми психології :

- Психологічна герменевтика / За ред. Н.В.Чепелєвої. – К. : Міленіум, 2006. – Т.2. – Вип.4. – С.5 – 15.
179. Чепелєва Н. В. Наративні психотехнології / Н.В. Чепелєва, М.Л.Смұльсон, О. М. Шиловська, С. Ю. Гуцол / За заг. ред. Н.В.Чепелєвої. – К.: Главник, 2007. – 144 с.
 180. Чепелєва Н. В. Формування професійної компетентності в процесі вузівської підготовки психолога-практика / Н. В.Чепелєва // Актуальні проблеми психології Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка, – К. : Інститут психології АПН України. – 1999. – С.271 – 279.
 181. Швалб Ю. М. Методологічні засади побудови системи навчальних тренінгів / Ю. М. Швалб // Актуальні проблеми психології : Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія / За ред. С.Д. Максименка, М. В. Папучі. – Київ-Ніжин: Вид-во НДІ ДС «Міланік», 2007. – Том. 10, Вип. 1. – 180 с. – С. 152 – 155.
 182. Юдіна О. М. Психологічна культура лікаря : аналіз проблеми та перспективи формування / О. М. Юдіна // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / Проблеми загальної та педагогічної психології : за ред. Максименка С. Д. – К., 2003. – Т. IV, Ч. 6. – С. 306 – 310.
 183. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів : дис. на здобуття наук. ступеня кандидата психол. наук: спец. 19.00.01 / О. М. Юдіна ; Київ. Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – Київ, 2004. – 174 с.
 184. Яковлева Н. В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе (на материале деятельности врача) : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.01 / Н. В. Яковлева. – Ярославль, 1994. – 277 с.
 185. Якунин В. А. Психология учебной деятельности студентов / В. А. Якунин. – М. : Педагогическое общество России, 1998. – 250 с.

186. Ainsworth-Vaughn N. Transition in Physician-patient Interviews : Power, Gender and Discourse Change / N. Ainsworth-Vaughn // *Language in Society*. – 1992. – V.21. – §3. – P. 409 – 425.
187. Bem S. L. Dismantling gender polarization and compulsory heterosexuality : should we turn the volume down or up? / S. L. Bem // *Journal of Sex Research*. – 1995. – Vol. 32 (4). – P. 329 – 334.
188. Blank. W. E. Handbook for developing Competency-Based Training Programs. – New-Jersey : Prentice Hall College Div; Facsimile edition (February 1, 1982). – 1982. – 745 c.
189. Herdt G. Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History / G. Herdt ed. – NY : Zone Books, 1994. – 614 p.
190. Hutmacher W. Key competencies for Europe / Walo Hutmacher // *European Journal of Education*. – Vol. 32. – No. 1. – Secondary Education : State and Prospects (Mar., 1997). – pp. 45 – 58.
191. Hyde J. Gender differences in verbal ability : A meta-analysis. *Psychological bulletin* / J. Hyde, M. Linn. – 10 (4). – 1988. – P. 53 – 69.
192. Eagly, A. H. The origins of sex differences in human behavior : Evolved dispositions versus social roles / A. H. Eagly, W. Wood. // *American Psychologist*. – 1999. – P. 408 – 423.
193. Erikson Erik H. Identity, youth and crisis / Erik H. Erikson. // *Behavioral Science*. – Vol. 14. – Issue 2. – New York : W. W. Norton Company, 1968. – P. 154–159. – Режим доступа до журналу : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bs.3830140209/abstract>
194. Jacklin C. N. The Psychology of Gender / C. N. Jacklin. – 4 vols. – New York : An Elgar Reference Collection, 1992. – 325 p.
195. Kimmel M. S. The Gendered Society / M. S. Kimmel. – New York : Oxford University Press, 2000. – 315 p.
196. Levant R. Masculinity ideology : A comparison between U.S. and Chinese young men and women / R. Levant, R. Wu, J. Fischer // *J. Gender, Culture and Health*. – 1996. – V.3. – №1. – P. 207 – 220.

197. Maccoby E. E. The Psychology of Sex Differences / E. E. Maccoby, C. N. Jacklin. – 1974. – Vol. 1. – Chapter 10. – P. 349 – 374.
198. Perry D. G. The social learning theory of sex difference : Imitation is alive and well / D. G. Perry, K. Bussey // Journal of Personality & Social Psychology. 1979. – 37. – P. 1699 – 1712.
199. White R. W. Motivation reconsidered : The concept of competence/ R. W. White/ Psychological review. – 1959. – Vol. 66 (5). – P. 297 – 333.
200. Williams J. F. Measuring sex stereotypes : A multination study / J. E. Williams, D. L. Best. – Newbury Park, CA : Sage. – 1990. – Vol.6. – 384 p.

ДОДАТКИ

**Бланки психодіагностичних методик
(констатувальний етап емпіричного дослідження)**

Авторська інкета

Вкажіть свій шифр _____ Навчальний заклад _____ Спеціальність _____
Курс _____ Вік _____ Стать (Ж/Ч) _____

1. Професія лікаря більше підходить:
 - а) жінкам;
 - б) чоловікам;
 - в) від статі це не залежить.
2. Професію лікаря частіше обирають:
 - а) жінки;
 - б) чоловіки;
 - в) однаково.
3. До вищих медичних навчальних закладів легше вступити:
 - а) жінкам;
 - б) чоловікам;
 - в) однаково.
4. У вищих медичних навчальних закладах легше вчитись:
 - а) жінкам;
 - б) чоловікам;
 - в) від статі це не залежить.
5. Серед успішних практикуючих лікарів більше, на вашу думку:
 - а) жінок;
 - б) чоловіків;
 - в) однаково.
6. Серед медиків-науковців більше, на вашу думку:
 - а) жінок;
 - б) чоловіків;
 - в) однаково.
7. Ідеальний лікар – це:
 - а) жінка;
 - б) чоловік;
 - в) статі не має значення.
8. Емоційне вигорання та інші психологічні проблеми, пов'язані з професією, більше загрожують:
 - а) жінкам;
 - б) чоловікам;
 - в) від статі це не залежить.
9. Назвіть лікарські спеціальності, які, на вашу думку, більше підходять чоловікам:

10. Назвіть лікарські спеціальності, які, на вашу думку, більше підходять жінкам:

Додаток А (продовження)

Методика «Рівень професійної спрямованості»

(Джерело: Дубовицкая Т. Д. Диагностика уровня профессиональной направленности студентов / Т. Д. Дубовицкая // Психологическая наука и образование. – 2004. – № 2. – С. 82 – 86.)

Інструкція: «Прочитайте запропоновані судження, позначте у бланку відповідей, навпроти номеру судження у відповідній графі один із варіантів відповіді, що найбільше відповідає Вашій думці. Просимо Вас щиро висловлювати думку, яка існує у Вас на даний момент».

Текст опитувальника

1. Кожна людина повинна мати можливість отримувати ту професію, яка їй подобається, відповідає її інтересам та схильностям.
2. Якщо мені була би надана можливість почати навчатись знову, то я би вибрав(ла) ту саму професію, яку я зараз отримую.
3. Примусово вчусь на даному факультеті через певні обставини, а не через бажання отримати дану професію.
4. Моє бажання отримати дану професію та працювати за нею є достатньо стійким та обґрунтованим.
5. Навчаюсь насамперед для того, щоб отримати вищу освіту, а сама професія мене мало цікавить.
6. Бачу мало доброго для себе в моїй майбутній професії.
7. Мої захоплення та заняття у вільний час пов'язані із майбутньою професією.
8. У світі існує багато інших професій, які подобаються мені значно більше, ніж моя майбутня професія.
9. За власною ініціативою читаю додаткову літературу, що стосується майбутньої професії.
10. Після закінчення навчання буду надалі удосконалюватись та підвищувати кваліфікацію за професією, яку зараз набуваю, щоб працювати за нею більш ефективно.
11. Професія, що я отримую та можливість працювати за нею навряд чи принесуть мені у майбутньому моральне задоволення.
12. Спробую застосувати всі можливі засоби, щоб не працювати за професією, яку отримую.
13. Навіть якщо це буде важко, по закінченню навчання буду намагатись знайти роботу (та працювати) за професією, яку зараз отримую.
14. На теперішній момент працюю (або хочу знайти роботу) за професією, яку я отримую.
15. У мене не має бажання працювати за професією, яку отримую.
16. При нагоді прагну ознайомитись із роботою спеціалістів в області моєї майбутньої професії.
17. Якщо я буду працювати за професією, яку зараз отримую, то недовго.
18. Робота за професією, яку я отримую надасть можливість мені в майбутньому в повній мірі проявити себе, свої здібності.
19. Після закінчення навчання здобуду нову професію і буду працювати за нею.
20. В житті людини не все залежить від неї самої, і їй необхідно іноді поступатись обставинам.

Бланк відповідей до методики «Рівень професійної спрямованості»

Вкажіть свій шифр _____ Навчальний заклад _____ Спеціальність _____

Курс _____ Вік _____ Стать (Ж/Ч) _____

№ п/п	Вірно	Мабуть вірно	Мабуть невірно	Невірно	№ п/п	Вірно	Мабуть вірно	Мабуть невірно	Невірно
1.					11.				
2.					12.				
3.					13.				
4.					14.				
5.					15.				
6.					16.				
7.					17.				
8.					18.				
9.					19.				
10.					20.				

Додаток А (продовження)

Методика «Мотиви професійної діяльності»

(Джерело: Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб.: Питер, 2000. – 560 с., С 386 – 387.)

Інструкція: «Запропонований опитувальник складається із тверджень, кожне з яких має три різних закінчення. Необхідно із трьох варіантів закінчення обрати найбільш вірний. Після цього в бланку відповідей необхідно знайти відповідну відповідь і помітити її (наприклад, обвести кружечком). Будьте уважними: для кожного твердження повинна бути обрана і помічена тільки одна відповідь. Відповідаючи на запитання, не давайте «бажаних» відповідей, намагайтесь відповідати щиро. Для нас важлива не конкретна відповідь, а сумарний бал по серії запитань».

Текст опитувальника

1. Мені подобається:

- а) виконувати будь-яку роботу, якщо я знаю, що моя праця не буде марною;
- б) вчитися всьому новому, для того щоб досягнути поставлених в житті цілей;
- в) робити все якомога краще, тому що це допоможе мені у житті.

2. Я думаю, що:

- а) необхідно робити все, що доручають, якомога краще, так як це допоможе мені у житті;
- б) своєю працею потрібно приносити користь оточуючим, тоді і вони відповідатимуть тим самим;
- в) можна займатись будь-чим, якщо це наближає до досягнення поставлених цілей.

3. Я люблю:

- а) дізнаватись щось нове, якщо мені це знадобиться в майбутньому;
- б) виконувати будь-яку роботу якомога краще, якщо це хтось помітить;
- в) виконувати будь-яку справу якомога краще, бо це приносить радість оточуючим.

4. Я вважаю, що:

- а) головне в будь-якій справі – це те, що вона приносить користь оточуючим;
- б) в житті необхідно все спробувати, випробувати свої сили у всьому;
- в) в житті головне – це постійно вчитись всьому новому.

5. Мені приємно:

- а) коли я виконую будь-яку роботу так добре, як я це можу;
- б) коли моя робота приносить користь оточуючим;
- в) виконувати будь-яку роботу, тому що працювати завжди приємно.

6. Мене приваблює:

- а) процес здобуття нових знань та навичок;
- б) виконання будь-якої роботи на межі моїх можливостей;
- в) процес тієї роботи, який приносить очевидну користь оточуючим.

7. Я впевнений в тому, що:

- а) будь-яка робота цікава тоді, коли вона важлива та відповідальна;
- б) будь-яка робота цікава тоді, коли вона приносить мені користь;
- в) будь-яка робота цікава тоді, коли я можу майстерно її виконати.

8. Мені подобається:

- а) бути майстром своєї справи;
- б) робити щось самому, без допомоги кваліфікованих спеціалістів;
- в) постійно навчатись чомусь новому.

9. Мені цікаво:

- а) вчитися;
- б) робити все те, що помітно для оточуючих;
- в) працювати.

10. Я думаю, що:

- а) було б краще, якщо би результати моєї роботи завжди були помітні для оточуючих;
- б) в будь-якій роботі важливим є результат;
- в) необхідно швидше оволодіти потрібними знаннями та навичками, щоб можна було самому робити все, що хочеться.

11. Мені хочеться:

- а) займатись тільки тим, що мені приємно;

Додаток А (продовження)

- б) будь-яку справу виконувати якомога краще, оскільки тільки так можна зробити дійсно добре;
в) щоб моя робота приносила користь оточуючим, бо це допоможе мені в майбутньому.

12. Мені цікаво:

- а) коли я виконую будь-яку справу так добре, як це може зробити не кожний;
б) коли я навчаюсь робити те, чого не вмів робити раніше;
в) робити ті речі, які звертають на себе увагу.

13. Я люблю:

- а) робити те, що дуже всіма цінується;
б) виконувати будь-яку справу, якщо мені не заважають;
в) коли мені є чим зайнятись.

14. Я хочу:

- а) виконувати будь-яку роботу, бо для мене цікавим є результат;
б) виконувати ту роботу, яка приносить користь;
в) виконувати ту роботу, яка мені подобається.

15. Я вважаю, що:

- а) в будь-якій справі найбільш цікаве – це її процес;
б) в будь-якій справі найбільш цікаве – це її результат;
в) в будь-якій справі найбільш цікаве – це те, наскільки вона є важливою для інших людей.

16. Мені приємно:

- а) навчатись всьому, що мені потім знадобиться в житті;
б) навчатись всьому новому, незалежно від того, наскільки це потрібно;
в) навчатись, оскільки подобається сам процес навчання.

17. Мене приваблює:

- а) перспектива, яка відкриється мені після закінчення навчання;
б) те, що після навчання я стану потрібною людиною;
в) в навчанні те, що воно корисне для мене.

18. Я впевнений в тому, що:

- а) те, чому я навчусь, завжди мені знадобиться;
б) мені завжди буде подобатись навчатися;
в) будь-яка робота цікава тоді, коли я можу її майстерно виконати.

19. Мені подобається:

- а) коли результати моєї роботи помітні для оточуючих;
б) коли я виконую свою роботу майстерно;
в) коли я виконую будь-яку справу так добре, як це може зробити не кожний.

20. Мені цікаво:

- а) коли я якісно виконую доручену мені справу;
б) робити все те, що помітно для оточуючих;
в) якщо всі знають, що я роблю на своїй роботі.

Бланк відповідей до методики «Мотиви професійної діяльності»

1.1		1.2	1.3	1.4	1.5	1.6
1а		4б	9в	10б	7а	8б
2в		5в	13в	14а	14б	11а
13а		13б	15а	15б	15в	14в
2.1		2.2	2.3	2.4	2.5	2.6
1б		4в	9а	10в	7б	8в
3а		6а	16в	12б	17б	17в
16а		16б	18б	17а	18в	18а
3.1		3.2	3.3	3.4	Вкажіть свій шифр _____ Навчальний заклад _____ Спеціальність _____ Курс _____ Стать <u>Ж / Ч</u> Вік _____	
1в		5а	7в	8а		
2а		6б	12а	19в		
3б		11б	19б	20а		
4.1		4.2	4.3	4.4		
2б		4а	9б	10а		
3в		5б	12б	19а		
11в		6в	20в	20б		

Додаток А (продовження)**Опитувальник С. Бем**

(Джерело: Практикум по гендерной психологии: учеб. пособие / Под. ред. И. С. Клециной. – СПб.: Питер, 2003. – 479с.)

Інструкція: “Оцініть наявність або відсутність у себе перерахованих в переліку якостей. Відповіді записуйте в бланк, при чому знаком “+” позначаєте ті якості, які, на вашу думку притаманні вам, а знаком “-” – ті, які не відповідають вам”.

Бланк опитувальника

<i>Перелік якостей</i>	<i>Перелік якостей</i>
1) віра в себе	31) швидкість у прийнятті рішення
2) вміння поступатись	32) жалісливість
3) здатність допомогти	33) щирість
4) здатність захищати власні переконання	34) самодостатність (покладатися тільки на себе)
5) життєрадісність	35) вміння втішити
6) похмурість	36) гоноровість, марнославство
7) незалежність	37) домінування
8) сором'язливість	38) тихий голос
9) совісність	39) привабливість
10) атлетичність	40) мужність
11) ніжність	41) теплота, сердечність
12) артистичність	42) помпезність, владність
13) наполегливість	43) власна позиція
14) запопадливість на лестощі	44) м'якість
15) удачливість	45) вміння дружити
16) сильна особистість	46) агресивність
17) відданість	47) довірливість
18) непередбаченість	48) малорезультативність
19) сила	49) здатність вести за собою
20) жіночість	50) інфантильність
21) надійність	51) адаптивність, вміння пристосовуватись
22) аналітичні здібності	52) індивідуалізм
23) вміння співчувати	53) нелюбов до вживання лайки
24) ревнивість	54) несистематичність
25) здатність до лідерства	55) дух змагання
26) турбота о людях	56) любов до дітей
27) прямота, правдивість	57) тактовність
28) схильність до ризику	58) амбіційність, честолюбство
29) розуміння інших	59) спокійність
30) замкнутість	60) традиційність, схильність до умовностей

Бланк відповідей до опитувальника С. Бем

Вкажіть свій шифр		Навчальний заклад		Спеціальність		Курс		Вік		Стать (Ж/Ч)	
№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь
1.		11.		21.		31.		41.		51.	
2.		12.		22.		32.		42.		52.	
3.		13.		23.		33.		43.		53.	
4.		14.		24.		34.		44.		54.	
5.		15.		25.		35.		45.		55.	
6.		16.		26.		36.		46.		56.	
7.		17.		27.		37.		47.		57.	
8.		18.		28.		38.		48.		58.	
9.		19.		29.		39.		49.		59.	
10.		20.		30.		40.		50.		60.	

Додаток А (продовження)

Опитувальник Т. Лірі

(Джерело: Практикум по гендерной психологии: учеб. пособие / Под. ред. И. С. Клециной. – СПб.: Питер, 2003. – 479с.)

Інструкція: Перед Вами перелік ознак, за допомогою яких можна описати психологічний портрет будь-якої людини. Вам необхідно поетапно виконати наступні завдання: *I етап* – відібрати з усього набору ознак лише ті, які Ви можете з впевненістю віднести до себе, намагаючись при цьому надати найбільш повну характеристику; *II етап* – вибрати ознаки, які відповідають тому, яким би Ви хотіли бути; *III етап* – вибрати ті ознаки, які, на Вашу думку, характеризують ідеального лікаря. *IV етап* – вибрати ті ознаки, які, на Вашу думку, характеризують абстрактного лікаря. Відповіді необхідно фіксувати на окремих бланках.

Бланк опитувальника

№	Властивість	№	Властивість	№	Властивість
1.	Інші думають про нього поблагливно	44.	Відкритий, прямолінійний	87.	Надає іншим право приймати рішення
2.	Справляє враження на оточуючих	45.	Не терпить, щоб ним командували	88.	Легко пошивається в дурні
3.	Вміє давати розпорядження, наказувати	46.	Скептичний	89.	Легко піддається впливу друзів
4.	Вміє наполягати на своєму	47.	На нього важко справити враження	90.	Готовий довіритись будь-кому
5.	Має почуття власної гідності	48.	Вразливий, делікатний	91.	Приязний до всіх без винятку
6.	Незалежний	49.	Легко бентежиться	92.	Всім симпатизує
7.	Здатний сам про себе подбати	50.	Невпевнений у собі	93.	Прощає все
8.	Може виявляти байдужість	51.	Поступливий	94.	Переповнений надмірним співчуттям
9.	Здатний бути суворим	52.	Скромний	95.	Великодушний, терпимий до недоліків
10.	Суворий, але справедливий	53.	Часто звертається по допомогу до інших	96.	Схильний до заступництва
11.	Може бути щирим	54.	Схиляється перед авторитетами	97.	Прагне до успіху
12.	Критичний до інших	55.	Залюбки приймає поради	98.	Очікує захоплення від кожного
13.	Любить поплакатись	56.	Довірливий і прагне тішити інших	99.	Розпоряджається іншими
14.	Часто сумний	57.	Завжди люб'язно поводитьсь	100.	Деспотичний
15.	Здатний до недовіри	58.	Дорожить думкою оточуючих	101.	Сноб, судить про людей за рангом і достатком, а не за особистісними якостями
16.	Часто розчаровується	59.	Комунікабельний	102.	Марнословний, пихатий
17.	Здатний бути критичним до себе	60.	Добросердний	103.	Егоїстичний
18.	Здатний визнавати, що не має рації	61.	Добрий, вселяє впевненість	104.	Холодний, черствий
19.	Охоче підпорядковується	62.	Ніжний, м'якосердий	105.	Уїдлиий, дошкульний
20.	Поступливий	63.	Любить піклуватись про інших	106.	Злий, жорсткий
21.	Вдячний	64.	Безкорисливий, щедрий	107.	Часто гнівливий
22.	Захоплюється, схильний до наслідування	65.	Любить давати поради	108.	Нечутливий, байдужий
23.	Виявляє повагу	66.	Справляє враження значущої людини	109.	Злопам'ятний
24.	Шукає схвалення	67.	Владно-наказовий	110.	Просякнутий духом суперечності
25.	Здатний до співробітництва, взаємодопомоги	68.	Домінуючий	111.	Впертий
26.	Прагне ужитися з іншими	69.	Хвалькуватий	112.	Недовірливий, підозрілий
27.	Товариський, доброзичливий	70.	Зверхній, самовпевнений	113.	Несміливий

<i>Додаток А (продовження)</i>					
28.	Уважний, ласкавий	71.	Думає тільки про себе	114.	Встидливий
29.	Делікатний	72.	Хитрий, обачливий	115.	Відрізняється надмірною готовністю підпорядковуватись
30.	Підбадьорливий	73.	Нетерпимий до помилок інших	116.	М'якотілий
31.	Відгукується на прохання про допомогу	74.	Корисливий	117.	Майже ніколи нікому не заперечує
32.	Безкорисливий	75.	Відвертий	118.	Нав'язливий
33.	Здатний викликати захоплення	76.	Часто недружелюбний	119.	Любить, щоб про нього дбали
34.	Користується повагою з боку інших	77.	Озлоблений	120.	Надмірно довірливий
35.	Володіє талантом керівника	78.	Скаржник	121.	Намагається здобути прихильності кожного
36.	Любить відповідальність	79.	Ревнивий	122.	З усіма погоджується
37.	Впевнений у собі	80.	Довго пам'ятає образи	123.	Завжди доброзичливий
38.	Самовпевнений, наполегливий	81.	Самозвинувачувач	124.	Всіх любить
39.	Діловитий, практичний	82.	Встидливий	125.	Надмірно поблажливий до оточуючих
40.	Любить змагатись	83.	Безініціативний	126.	Намагається втішити кожного
41.	Стійкий і наполегливий, де потрібно	84.	Сумирний	127.	Піклується про інших на шкоду собі
42.	Невблаганний, але безпристрастний	85.	Залежний, несамостійний	128.	Псує людей надмірною добротою
43.	Дратівливий	86.	Любить підпорядковуватись		

Додаток А (продовження)**Бланк відповідей до методики Лірі****І етап (Я-реальний)**

Вкажіть свій шифр _____

Навчальний заклад _____

Спеціальність _____

Курс _____

Вік _____

Стать (Ж/Ч) _____

№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь
1.		23.		45.		67.		89.		111.	
2.		24.		46.		68.		90.		112.	
3.		25.		47.		69.		91.		113.	
4.		26.		48.		70.		92.		114.	
5.		27.		49.		71.		93.		115.	
6.		28.		50.		72.		94.		116.	
7.		29.		51.		73.		95.		117.	
8.		30.		52.		74.		96.		118.	
9.		31.		53.		75.		97.		119.	
10.		32.		54.		76.		98.		120.	
11.		33.		55.		77.		99.		121.	
12.		34.		56.		78.		100.		122.	
13.		35.		57.		79.		101.		123.	
14.		36.		58.		80.		102.		124.	
15.		37.		59.		81.		103.		125.	
16.		38.		60.		82.		104.		126.	
17.		39.		61.		83.		105.		127.	
18.		40.		62.		84.		106.		128.	
19.		41.		63.		85.		107.			
20.		42.		64.		86.		108.			
21.		43.		65.		87.		109.			
22.		44.		66.		88.		110.			

Бланк відповідей до методики Лірі**ІІ етап (Я-ідеальний)**

Вкажіть свій шифр _____

Навчальний заклад _____

Спеціальність _____

Курс _____

Вік _____

Стать (Ж/Ч) _____

№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь
1.		23.		45.		67.		89.		111.	
2.		24.		46.		68.		90.		112.	
3.		25.		47.		69.		91.		113.	
4.		26.		48.		70.		92.		114.	
5.		27.		49.		71.		93.		115.	
6.		28.		50.		72.		94.		116.	
7.		29.		51.		73.		95.		117.	
8.		30.		52.		74.		96.		118.	
9.		31.		53.		75.		97.		119.	
10.		32.		54.		76.		98.		120.	
11.		33.		55.		77.		99.		121.	
12.		34.		56.		78.		100.		122.	
13.		35.		57.		79.		101.		123.	
14.		36.		58.		80.		102.		124.	
15.		37.		59.		81.		103.		125.	
16.		38.		60.		82.		104.		126.	
17.		39.		61.		83.		105.		127.	
18.		40.		62.		84.		106.		128.	
19.		41.		63.		85.		107.			
20.		42.		64.		86.		108.			
21.		43.		65.		87.		109.			
22.		44.		66.		88.		110.			

Додаток А (продовження)**Бланк відповідей до методики Лірі III етап (Ідеальний лікар)**

Вкажіть свій шифр _____ Навчальний заклад _____
 Спеціальність _____ Курс _____ Вік _____ Стать (Ж/Ч) _____

№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь
1.		23.		45.		67.		89.		111.	
2.		24.		46.		68.		90.		112.	
3.		25.		47.		69.		91.		113.	
4.		26.		48.		70.		92.		114.	
5.		27.		49.		71.		93.		115.	
6.		28.		50.		72.		94.		116.	
7.		29.		51.		73.		95.		117.	
8.		30.		52.		74.		96.		118.	
9.		31.		53.		75.		97.		119.	
10.		32.		54.		76.		98.		120.	
11.		33.		55.		77.		99.		121.	
12.		34.		56.		78.		100.		122.	
13.		35.		57.		79.		101.		123.	
14.		36.		58.		80.		102.		124.	
15.		37.		59.		81.		103.		125.	
16.		38.		60.		82.		104.		126.	
17.		39.		61.		83.		105.		127.	
18.		40.		62.		84.		106.		128.	
19.		41.		63.		85.		107.			
20.		42.		64.		86.		108.			
21.		43.		65.		87.		109.			
22.		44.		66.		88.		110.			

Бланк відповідей до методики Лірі IV етап (Абстрактний лікар)

Вкажіть свій шифр _____ Навчальний заклад _____
 Спеціальність _____ Курс _____ Вік _____ Стать (Ж/Ч) _____

№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь	№	Ваша відповідь
1.		23.		45.		67.		89.		111.	
2.		24.		46.		68.		90.		112.	
3.		25.		47.		69.		91.		113.	
4.		26.		48.		70.		92.		114.	
5.		27.		49.		71.		93.		115.	
6.		28.		50.		72.		94.		116.	
7.		29.		51.		73.		95.		117.	
8.		30.		52.		74.		96.		118.	
9.		31.		53.		75.		97.		119.	
10.		32.		54.		76.		98.		120.	
11.		33.		55.		77.		99.		121.	
12.		34.		56.		78.		100.		122.	
13.		35.		57.		79.		101.		123.	
14.		36.		58.		80.		102.		124.	
15.		37.		59.		81.		103.		125.	
16.		38.		60.		82.		104.		126.	
17.		39.		61.		83.		105.		127.	
18.		40.		62.		84.		106.		128.	
19.		41.		63.		85.		107.			
20.		42.		64.		86.		108.			
21.		43.		65.		87.		109.			
22.		44.		66.		88.		110.			

Додаток А (продовження)

Шкали (тест Т. Лірі)

Шкала авторитарності (I): «лідерство – владність – деспотичність», що визначає «владний – лідируючий» стиль міжособистісної взаємодії. Ця тенденція відображає лідерські якості, прагнення до домінування, незалежності, здатність брати на себе відповідальність. Високі показники за даною шкалою характеризують особистість з проявом оптимістичності, швидкістю реакцій, високою активністю, вираженою мотивацією досягнення успіху, підвищеним рівнем вибагливості, легкістю і швидкістю в прийнятті рішень, гомономністю (тобто орієнтацією переважно на власну думку й мінімальну залежність від зовнішніх факторів середовища), екстравертованістю. Середні показники демонструють впевненість у собі, організаторські здібності, але без диктаторських тенденцій.

Шкала егоїстичності (II): «впевненість у собі – самовпевненість – самозакоханість» визначає «незалежний – домінуючий» стиль міжособистісної взаємодії. Високі показники пов'язані із самозакоханістю, егоцентричністю. Середні показники відображають тип незалежної, впевненої у собі людини, із схильністю до суперництва, але без ознак егоцентризму.

Шкала агресивності (III): «вимогливість – непримиримість – жорстокість» визначає «прямолінійний – агресивний» стиль міжособистісної взаємодії. Високі показники визначають жорстку людину, яка ворожо та агресивно ставиться до оточуючих, що може проявлятися в асоціальній поведінці. Середні показники є ознакою ширості, безпосередності, енергійності, наполегливості в досягненні мети.

Шкала підозрливості (недовірливості) (IV): «скептицизм – впертість – негативізм» визначає «недовірливий – скептичний» стиль міжособистісної взаємодії. Високі оцінки пов'язані з такими рисами як підозрілість, негативізм, гіпертрофована схильність до сумнів у всьому, злопам'ятність, потайність (скритність), а також наявність труднощів в інтерперсональних контактах через невпевненість у собі, скептичність. Середні оцінки визначають реалістичну базу суджень, критичність як властивість особистості й розуму, скептицизм і неконформність.

Шкала підлеглості (V): «поступливість – покірливість – пасивне підкорення» визначає «покірний – сором'язливий» стиль міжособистісної взаємодії. Високі показники пов'язані із проявом пасивного підкорення, слабовільність, схильність поступатись завжди і всім, схильність до самобичування, сором'язливості, прагнення знайти підтримку у інших. Середні показники характеризують поступливість і сором'язливість, емоційну стриманість, схильність до чесного виконання своїх обов'язків.

Шкала залежності (VI): «довірливість – слухняність – залежність» визначає «залежний – слухняний» стиль міжособистісної взаємодії. Високі показники відображають високий рівень залежності в особистісних стосунках, невпевненість у собі, наявність нав'язливих страхів, тривожності, боягузливості, слухняність, тому залежить від інших, від чужої думки. Середні показники пов'язані із довірливістю, ввічливістю та м'якістю, схильністю до захоплення оточуючими.

Додаток А (продовження)

Шкала доброзичливості (VII): «добросердність – несамотійність – надмірний конформізм» визначає «співробітницький – конвенціональний» стиль міжособистісної взаємодії. Високі показники відображають орієнтацію на прийняття, прагнення «бути хорошим» для всіх без винятку, сприйнятливості до емоційного настрою групи, ентузіазм, широке коло інтересів разом з деякою поверховістю захоплень. Характеризує емоційно-лабільний тип особистості. Середні показники пов'язані з схильністю до співробітництва і кооперації, гнучкість і компромісність при вирішенні проблем і в конфліктних ситуаціях, прагнення бути у згоді з думкою оточуючих. Проявляє доброзичливість і емпатію, схильний до компромісів, ініціативний ентузіаст в досягненні цілей групи, прагнення допомагати, бути в центрі уваги, комунікабельний, проявляє теплоту і доброзичливість у стосунках.

Шкала альтруїстичності (VIII): «чуйність – безкорисливість – жертвовність» визначає «відповідальний – великодушний» стиль міжособистісної взаємодії. Високі показники відображають тип, який в цілому може бути визначений терміном «жертвовність». Гіпервідповідальний, прагне допомогти і співчувати всім, завжди готовий принести в жертву свої інтереси, нав'язує свою допомогу, приймає на себе відповідальність за інших. Високе емоційне занурення може носити більш поверхневий характер, ніж це декларується. Існує проблема витісненої ворожості, яка викликає підвищену напруженість. Середні показники пов'язані із такими якостями, як чуйність, делікатність, безкорисливість. Емоційне ставлення до людей проявляє у співчутливості, симпатії, прагненні піклуватись і в цілому доброму ставленні до оточуючих.

Характеристики перших чотирьох шкал (I– IV) визначають неконформні тенденції й схильність до конфліктів (III і IV), яскравою незалежністю думок, наполегливістю тенденцією до лідерства (I і II), що відповідають рисам нормативної маскулінності (M), інші чотири шкали (V – VIII) представляють протилежну тенденцію. У осіб з високими показниками за цими шкалами переважають конформіські установки (VII – VIII), невпевненість, схильність до компромісів (V – VI), що є характеристиками нормативної фемінності (F). Для визначення значення прояву маскулінних якостей (M), необхідно суму значень за шкалами I–IV поділити на чотири. Для того, щоб отримати значення прояву фемінних якостей (F), необхідно суму значень за шкалами V – VIII поділити на чотири.

Максимальна кількість набраних балів за кожною шкалою – 16 балів. Показники, які не виходять за рівень 8 балів, відповідають «гармонійним особистостям». Більш високі показники відповідають акцентуації певних поведінкових стереотипів. Так, показники в межах 9–13 балів інтерпретуються як тенденція до дезадаптивності і екстремальності поведінки. Оцінки, що досягають рівня 14–16 балів, свідчать про труднощі соціальної адаптації. Низькі показники (0–3 бали) можуть бути результатом нещирості досліджуваного.

Додаток А (продовження)

Методика А. Еліса

(Джерело: Психологія здоров'я: учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.)

Бланк опитувальника А. Еліса

Вкажіть свій шифр _____ Навчальний заклад _____

Спеціальність _____ Курс _____ Вік _____ Стать (Ж/Ч) _____

Інструкція: У людей бувають різні переконання. Нас цікавить Ваша думка стосовно тверджень наведених нижче. Будь ласка, закресліть або обведіть в кружечок цифру справа від кожного твердження, яка найбільше відповідає Вашому відношенню до даного твердження.

При оцінюванні твердження користуйтеся наступною шкалою

1	2	3	4	5	6
Повністю згоден	В основному згоден	Частково згоден	Частково не згоден	Основному не згоден	Повністю не згоден

Текст опитувальника

1.	Мати справу з іншими людьми іноді не надто приємно, але це ніколи не буває жахливо.	123456
2.	Коли я в чомусь помиляюсь, то часто говорю собі: «Мені не потрібно було цього робити».	123456
3.	Люди, безперечно, повинні жити за законами.	123456
4.	Не існує нічого такого, чого б я не переносив.	123456
5.	Якщо мене ігнорують або я відчуваю себе незграбним на вечірці, то у мене знижується почуття власної гідності.	123456
6.	Деякі ситуації в житті дійсно зовсім жахливі.	123456
7.	В деяких питаннях я певно повинен бути більш компетентним.	123456
8.	Моїм батькам необхідно було бути більш стриманими у вимогах, які вони висували до мене.	123456
9.	Існують речі, які я не можу перенести.	123456
10.	Моє почуття власної гідності не підвищується, навіть якщо у мене є дійсно значні успіхи в навчанні або на роботі.	123456
11.	Деякі діти поводять себе дійсно жахливо.	123456
12.	Я не повинен був робити деякі очевидні помилки в моєму житті.	123456
13.	Якщо мої друзі пообіцяли зробити для мене щось дуже важливе, вони не забов'язані виконувати своїх обіцянок.	123456
14.	Я не можу мати справу з моїми друзями або моїми дітьми, якщо вони поводять себе безглуздо, дико або неправильно в тій чи іншій ситуації.	123456
15.	Якщо оцінювати людей за тим, що вони роблять, то їх можна поділити на «хороших» і «поганих».	123456
16.	Бувають такі періоди в житті, коли трапляються дійсно зовсім жахливі речі.	123456
17.	В житті немає нічого такого, що я дійсно забов'язаний робити.	123456
18.	Діти повинні, врешті-решт, навчитись виконувати свої обіцянки.	123456
19.	Іноді я просто не в змозі витерпіти мої низькі досягнення в навчанні і на роботі.	123456
20.	Навіть коли я роблю серйозні помилки і завдаю болю оточуючим, моя самоповага не змінюється.	123456
21.	Це було б жахливо, якщо я не зміг досягти прихильності людей, яких люблю.	123456
22.	Мені б хотілось краще навчатись або працювати, але немає ніяких підстав вважати, що я повинен досягти цього незважаючи ні на що.	123456
23.	Я впевнений, що люди не повинні погано поводити себе в громадських місцях.	123456
24.	Я просто не переношу сильного тиску на мене або стресу.	123456
25.	Схвалення або несхвалення моїх друзів чи членів моєї сім'ї не впливає на те, як я оцінюю самого себе.	123456
26.	Було б шкода, але не жахливо, якщо б хтось із членів моєї сім'ї мав би серйозні проблеми із здоров'ям.	123456
27.	Якщо я вирішив зробити щось, я обов'язково це зроблю.	123456
28.	Я загалом нормально ставлюсь до того, що підлітки важко прокидаються зранку або розкидають книжки чи одяг по підлозі в своїй кімнаті.	123456
29.	Я не переношу деяких речей, які роблять мої друзі або члени моєї сім'ї.	123456
30.	Той, хто постійно грішить або завдає шкоду оточуючим, – погана людина.	123456
31.	Було б жахливо, якщо б хтось з тих, кого я люблю, захворів на психічне захворювання і опинився в психіатричній лікарні.	123456
32.	Я повинен бути повністю впевнений, що все йде добре в найбільш важливих сферах мого життя.	123456
33.	Якщо для мене це важливо, мої друзі повинні намагатись зробити все, про що я їх попрошу.	123456
34.	Я легко переношу неприємні ситуації, в які потрапляю, так само як неприємне спілкування зі знайомими.	123456
35.	Від того, як мене оцінюють оточуючі (друзі, керівники, викладачі), залежить, як я оцінюю самого себе.	123456
36.	Це жахливо, коли мої друзі поведуться погано і неправильно в громадських місцях.	123456
37.	Я точно не повинен робити деякі помилки, які продовжую робити.	123456
38.	Я не вважаю, що члени моєї сім'ї повинні діяти саме так, як я хочу.	123456
39.	Це зовсім нестерпно, коли все відбувається не так, як я хочу.	123456
40.	Я часто оцінюю себе за своїми успіхами на роботі або в навчанні.	123456

<i>Додаток А (продовження)</i>		
41.	Це буде жахливо, якщо я зазнаю повної поразки на роботі або в навчанні.	123456
42.	Я як людина не повинен бути кращим, аніж є насправді.	123456
43.	Дійсно існують деякі речі, які оточуючі люди не повинні робити.	123456
44.	Іноді (на роботі або в університеті) люди здійснюють вчинки, яких я зовсім не переносу.	123456
45.	Якщо у мене виникають серйозні емоційні проблеми або я порушую закони, моє почуття власної гідності знижується.	123456
46.	Навіть дуже погані, огидні ситуації, в яких людина зазнає поразки, втрачає гроші або роботу, не є жахливими.	123456
47.	Існує декілька суттєвих причин, чому я не повинен робити помилок в університеті або на роботі.	123456
48.	Безперечно, що члени моєї сім'ї повинні краще про мене дбати, ніж вони це іноді роблять.	123456
49.	Навіть якщо мої друзі поведуть себе інакше, ніж я від них очікую, я продовжую ставитись до них із розумінням і повагою.	123456
50.	Важливо вчити дітей тому, щоби вони були «хорошими хлопчиками» і «хорошими дівчатами»: старанно вчилися в школі і заробляли схвалення своїх батьків.	123456

Шкали (методика А. Елліса)

Методика використовується для оцінювання наявності та прояву ірраціональних установок в структурі Я-концепції особистості; визначення ступеня раціональності/ ірраціональності мислення та поведінки.

Шкала «катастрофізації» (К) – наявність та прояву ірраціональних установок відносно особливостей сприйняття різноманітних несприятливих подій. Низький показник за цією шкалою свідчить про те, що людина здатна оцінювати кожную несприятливу подію як жахливу і незносну, високий показник свідчить про зворотне.

Шкала «вимогливість по відношенню до себе» (Вс) та *шкала «вимогливість по відношенню до інших» (ВІ)* – показники вказують на наявність або відсутність надмірно високих вимог до себе та інших людей.

Шкала «оціночна установка» (О) визначає те, як людина оцінює себе та інших. Наявність такої установки може свідчити про те, що людині властиво оцінювати не окремі риси або вчинки людей, а особистість в цілому.

Шкала «фрустрації» (Ф) – оцінка фрустраційної толерантності особистості, яка відображає ступінь чутливості до різноманітних фрустрацій (тобто визначає рівень стресостійкості особистості).

Шкала загальної оцінки ступеня раціональності мислення особистості.

(Джерело: Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин – СПб. : Издательство “Питер”, 2000. – 512 с.)

Вкажіть свій шифр (Ж/Ч)	Навчальний заклад	Спеціальність	Курс	Вік____	Стать

[illegible]

*Додаток Б.***РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА ТЕСТОМ Т. ЛІРІ
(констатувальний етап емпіричного дослідження)***Таблиця Б.1***Таблиця кореляцій показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у студентів 2 курсу за тестом Т. Лірі**

	Показники	Чол. (n= 16)		Жін. (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Я реальне	Домінантність	6,25	2,46	7,13	3,61	112,50	0,56
	Впевненість у собі	4,38	2,36	6,06	2,46	80,50	0,07
	Вимогливість	4,19	2,23	7,06	1,88	43,50	0,00
	Скептицизм	3,75	1,77	6,44	2,83	50,00	0,00
	Поступливість	4,25	3,02	4,81	3,27	121,00	0,79
	Довірливість	5,13	3,14	5,69	1,99	117,00	0,68
	Добросердність	5,44	2,96	7,19	3,39	92,00	0,17
	Чуйність	7,56	3,09	6,94	2,57	104,50	0,37
Я ідеальне	Домінантність	8,38	2,60	9,13	3,48	116,50	0,66
	Впевненість у собі	5,38	1,45	7,88	3,18	46,50	0,00
	Вимогливість	4,38	1,82	7,44	2,73	45,50	0,00
	Скептицизм	1,69	1,92	4,94	3,07	46,00	0,00
	Поступливість	2,75	2,46	3,50	1,55	87,00	0,12
	Довірливість	3,94	2,17	5,37	1,86	83,00	0,09
	Добросердність	6,50	3,14	7,63	3,42	106,00	0,41
	Чуйність	7,88	3,30	8,38	3,36	124,00	0,88

*Таблиця Б.2***Таблиця кореляцій показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у студентів 3 курсу за тестом Т. Лірі**

	Показники	Чол. (n =17)		Жін. (n = 18)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Я реальне	Домінантність	9,88	3,29	7,50	3,43	94,00	0,05
	Впевненість у собі	8,29	2,66	6,17	3,11	90,50	0,03
	Вимогливість	9,17	2,53	7,34	3,51	94,50	0,05
	Скептицизм	7,47	3,59	7,67	3,12	151,50	0,96
	Поступливість	6,77	3,13	7,50	4,34	124,00	0,33
	Довірливість	8,05	2,68	7,00	3,31	119,50	0,26
	Добросердність	8,64	2,93	7,55	4,24	135,00	0,55
	Чуйність	9,05	2,53	7,17	4,20	112,00	0,17
Я ідеальне	Домінантність	9,94	2,56	9,22	3,87	137,50	0,60
	Впевненість у собі	9,05	2,72	7,2	3,42	101,50	0,08
	Вимогливість	9,17	3,22	6,50	4,28	95,00	0,05
	Скептицизм	5,94	4,26	5,83	3,77	152,00	0,97
	Поступливість	7,23	4,05	6,83	4,39	147,00	0,84
	Довірливість	7,47	3,06	5,50	3,39	100,50	0,08
	Добросердність	8,35	2,59	7,44	4,03	135,50	0,56
	Чуйність	8,94	1,98	7,83	3,86	118,50	0,25

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Додаток Б (продовження)

Таблиця Б.3

Таблиця кореляцій показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у студентів 4 курсу за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 19)		Жін. (n = 19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Я реальне	Домінантність	4,73	2,68	6,73	2,51	99,5	0,01
	Впевненість у собі	4,26	2,53	5,05	3,22	162,0	0,59
	Вимогливість	4,89	3,52	6,47	2,65	120,5	0,05
	Скептицизм	5,26	3,03	5,26	3,19	180,0	0,98
	Поступливість	5,00	4,67	5,21	2,82	161,0	0,56
	Довірливість	4,68	4,05	5,78	3,13	146,5	0,32
	Добросердність	5,26	3,49	6,89	3,08	131,0	0,14
	Чуйність	5,21	4,39	6,68	3,66	135,5	0,18
Я ідеальне	Домінантність	6,05	4,35	7,15	3,07	156,0	0,47
	Впевненість у собі	5,05	2,41	6,05	3,00	147,5	0,33
	Вимогливість	4,47	3,28	5,26	2,74	149,0	0,35
	Скептицизм	3,10	3,21	2,47	3,27	154,0	0,43
	Поступливість	3,36	3,97	2,94	2,52	171,0	0,78
	Довірливість	3,42	3,37	3,84	2,65	154,0	0,43
	Добросердність	5,73	3,79	6,63	3,65	157,0	0,49
	Чуйність	4,42	4,37	7,10	4,20	114,0	0,05

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Таблиця Б.4

Таблиця кореляцій показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у студентів 5 курсу за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 20)		Жін. (n = 20)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Я реальне	Домінантність	6,75	2,86	6,30	3,62	170,0	0,41
	Впевненість у собі	5,40	2,58	5,90	3,29	187,5	0,73
	Вимогливість	6,45	2,92	6,40	2,72	199,0	0,97
	Скептицизм	5,20	2,62	4,00	2,59	140,5	0,10
	Поступливість	4,15	3,96	4,85	4,22	179,5	0,57
	Довірливість	4,75	3,29	5,75	3,64	168,5	0,39
	Добросердність	6,05	2,70	7,05	2,76	156,5	0,23
	Чуйність	6,85	4,17	7,35	4,20	187,5	0,73
Я ідеальне	Домінантність	7,45	3,66	8,35	4,10	171,5	0,44
	Впевненість у собі	6,50	3,06	6,80	3,18	188,0	0,74
	Вимогливість	5,75	3,04	6,00	2,59	192,0	0,82
	Скептицизм	4,55	3,74	7,70	22,1	143,0	0,01
	Поступливість	3,80	3,70	8,60	21,97	187,0	0,05
	Довірливість	4,80	2,91	9,05	21,78	191,0	0,01
	Добросердність	6,05	3,81	7,15	2,92	159,5	0,27
	Чуйність	6,65	4,30	8,05	4,99	172,0	0,44

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Додаток Б (продовження)

Таблиця Б.5

Таблиця кореляцій показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у студентів6 курсу за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 15)		Жін. (n = 15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Я реальне	Домінантність	7,35	3,67	8,10	3,51	179,00	0,57
	Впевненість у собі	5,70	2,88	5,75	3,21	191,00	0,81
	Вимогливість	4,60	2,85	4,85	3,48	199,50	0,99
	Скептицизм	3,50	3,65	17,35	36,23	190,50	0,79
	Поступливість	3,65	3,21	3,45	3,56	186,00	0,70
	Довірливість	4,75	3,46	4,30	4,01	173,50	0,47
	Добросердність	5,70	4,05	6,95	3,71	158,50	0,26
	Чуйність	6,35	4,46	8,25	4,96	169,00	0,40
Я ідеальне	Домінантність	6,85	3,76	8,15	4,46	167,00	0,37
	Впевненість у собі	5,20	4,12	6,35	3,80	159,00	0,27
	Вимогливість	4,45	3,12	4,75	4,18	196,50	0,92
	Скептицизм	3,90	3,48	3,05	3,76	172,00	0,45
	Поступливість	3,70	3,16	3,35	3,92	171,50	0,44
	Довірливість	4,40	3,08	4,85	4,64	192,00	0,83
	Добросердність	3,05	3,02	3,35	4,26	191,50	0,82
	Чуйність	6,85	3,76	8,15	4,46	167,00	0,37

Таблиця Б.6

Таблиця кореляцій показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у інтернів 1-го року навчання за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 10)		Жін. (n = 15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Я реальне	Домінантність	3,9	2,02	4,66	3,61	72,0	0,86
	Впевненість у собі	4,0	1,49	4,80	2,62	57,0	0,31
	Вимогливість	4,2	1,68	4,53	2,35	71,0	0,82
	Скептицизм	3,2	2,04	3,00	1,60	73,5	0,93
	Поступливість	3,0	2,21	5,06	4,33	61,5	0,45
	Довірливість	4,0	1,15	4,80	2,56	59,0	0,37
	Добросердність	3,4	1,77	5,53	3,06	42,5	0,07
	Чуйність	3,9	2,76	5,80	4,29	58,5	0,36
Я ідеальне	Домінантність	5,2	3,32	6,86	4,43	60,5	0,42
	Впевненість у собі	5,5	2,12	5,00	2,13	66,0	0,61
	Вимогливість	3,8	2,44	4,66	2,49	64,0	0,54
	Скептицизм	1,6	1,89	1,53	2,97	61,5	0,45
	Поступливість	3,6	1,42	3,13	2,94	50,0	0,16
	Довірливість	3,8	1,61	3,20	2,04	63,0	0,50
	Добросердність	5,3	2,75	6,20	3,05	57,5	0,33
	Чуйність	4,3	2,16	6,06	3,47	45,5	0,01

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Додаток Б (продовження)

Таблиця Б.7

Таблиця кореляцій показників образу «Я реальне» і образу «Я ідеальне» у інтернів 2-го року навчання за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 10)		Жін. (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Я реальне	Домінантність	6,60	3,06	5,42	3,48	51,0	0,55
	Впевненість у собі	6,70	3,26	4,00	2,76	30,0	0,04
	Вимогливість	6,30	2,87	5,42	2,81	49,5	0,49
	Скептицизм	5,40	1,95	4,00	2,83	33,5	0,08
	Поступливість	4,80	2,82	5,42	2,61	59,0	0,95
	Довірливість	5,20	2,78	6,83	3,56	46,0	0,36
	Добросердність	6,10	2,80	6,83	3,59	55,5	0,77
	Чуйність	6,30	3,80	5,42	3,09	50,0	0,51
Я ідеальне	Домінантність	7,10	3,60	6,17	3,90	50,0	0,51
	Впевненість у собі	6,60	2,41	4,50	2,94	36,0	0,11
	Вимогливість	5,20	3,22	4,75	2,96	54,5	0,72
	Скептицизм	3,10	3,07	2,67	2,42	57,5	0,87
	Поступливість	4,00	2,98	3,92	2,74	58,5	0,92
	Довірливість	4,40	3,09	4,50	2,71	55,5	0,77
	Добросердність	5,70	3,50	6,25	3,64	52,0	0,59
	Чуйність	6,50	3,06	5,50	3,45	52,0	0,59

Таблиця Б.8

Таблиця кореляцій показників образу «Ідеальний лікар» і образу «Реальний лікар» у студентів 2 курсу за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 16)		Жін. (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	$p \leq$
Ідеальний лікар	Домінантність	9,31	3,26	7,81	3,43	97,5	0,25
	Впевненість у собі	6,00	2,68	4,68	2,21	89,0	0,14
	Вимогливість	5,06	2,35	4,19	1,79	100,5	0,29
	Скептицизм	4,12	3,70	1,63	2,16	72,0	0,03
	Поступливість	3,25	1,48	2,13	2,09	73,0	0,03
	Довірливість	4,00	2,06	3,06	1,81	96,5	0,23
	Добросердність	6,81	3,58	6,63	2,96	126,0	0,93
	Чуйність	6,37	2,78	8,81	3,41	74,0	0,04
Реальний лікар	Домінантність	7,68	3,16	5,19	3,19	68,5	0,02
	Впевненість у собі	7,00	3,56	4,56	2,50	75,5	0,04
	Вимогливість	3,81	2,68	2,94	2,62	98,0	0,25
	Скептицизм	3,68	2,82	3,00	3,59	105,5	0,39
	Поступливість	4,93	2,51	3,44	2,66	80,0	0,07
	Довірливість	9,43	3,50	4,56	2,58	33,0	0,00
	Добросердність	7,31	2,84	5,63	3,36	89,5	0,14
	Чуйність	7,68	3,16	5,19	3,19	68,5	0,02

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Додаток Б (продовження)

Таблиця Б.9

Таблиця кореляцій показників образу «Ідеальний лікар» і образу «Реальний лікар» у студентів 3 курсу за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 17)		Жін. (n = 18)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Ідеальний лікар	Домінантність	10,0	2,47	8,61	3,24	121,0	0,29
	Впевненість у собі	8,12	3,25	7,28	2,74	124,0	0,34
	Вимогливість	7,88	2,55	5,89	2,39	89,50	0,03
	Скептицизм	6,76	4,29	4,78	3,92	108,5	0,14
	Поступливість	7,11	3,64	5,33	4,39	111,5	0,17
	Довірливість	8,17	3,56	5,67	3,46	94,0	0,05
	Добросердність	9,00	2,97	7,44	3,27	109,0	0,14
	Чуйність	9,23	2,93	7,67	2,85	111,5	0,17
Реальний лікар	Домінантність	9,82	2,27	6,94	2,90	64,0	0,00
	Впевненість у собі	9,35	2,34	6,89	3,86	76,5	0,01
	Вимогливість	7,59	3,43	6,44	3,20	108,0	0,13
	Скептицизм	6,64	3,60	5,83	3,81	136,5	0,58
	Поступливість	7,76	4,67	6,33	3,36	124,0	0,33
	Довірливість	9,88	2,87	5,83	3,58	59,0	0,01
	Добросердність	8,18	2,19	4,94	4,14	77,0	0,01
	Чуйність	9,82	2,27	6,94	2,90	64,0	0,00

Таблиця Б.10

Таблиця кореляцій показників образу «Ідеальний лікар» і образу «Реальний лікар» у студентів 4 курсу за тестом Т. Лірі

	Показники	Чол. (n = 19)		Жін. (n = 19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
Ідеальний лікар	Домінантність	6,52	3,56	7,26	3,98	159,0	0,53
	Впевненість у собі	4,26	3,09	5,89	3,57	138,5	0,22
	Вимогливість	4,84	3,17	5,26	3,67	166,5	0,68
	Скептицизм	2,63	3,17	2,00	2,92	159,5	0,53
	Поступливість	2,84	3,45	3,00	2,33	149,5	0,36
	Довірливість	3,58	3,08	3,16	2,85	164,0	0,63
	Добросердність	5,84	3,97	7,05	3,53	146,0	0,31
	Чуйність	5,63	4,14	7,79	3,97	125,5	0,01
Реальний лікар	Домінантність	4,68	3,00	5,63	3,00	150,5	0,38
	Впевненість у собі	5,31	3,51	5,32	3,25	174,0	0,84
	Вимогливість	3,95	3,03	3,21	3,22	146,0	0,31
	Скептицизм	4,00	4,01	2,89	2,45	165,5	0,66
	Поступливість	4,32	3,45	3,10	2,68	143,5	0,28
	Довірливість	3,95	2,73	4,53	3,72	175,5	0,88
	Добросердність	3,26	3,41	4,32	3,97	161,5	0,57
	Чуйність	4,68	3,00	5,63	3,00	150,5	0,38

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Додаток Б (продовження)

Таблиця Б.11

Таблиця кореляцій показників образу «Ідеальний лікар» і образу «Реальний лікар» у студентів 5 курсу за тестом Т. Лірі

		Чоловіки (n -)		Жінки (n -)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	Значущість відмінностей
Ідеал Лікар	Домінантність	7,35	3,67	8,10	3,51	179,0	0,57
	Впевненість у собі	5,70	2,88	5,75	3,21	191,0	0,80
	Вимогливість	4,60	2,85	4,85	3,48	199,5	0,98
	Скептицизм	3,50	3,65	17,35	36,23	190,5	0,79
	Поступливість	3,65	3,21	3,45	3,56	186,0	0,70
	Довірливість	4,75	3,46	4,30	4,01	173,5	0,47
	Добросердність	5,70	4,05	6,95	3,70	158,5	0,26
	Відзивчивість	6,35	4,46	8,25	4,96	169,0	0,40
Реал Лікар	Домінантність	6,85	3,76	8,15	4,46	167,0	0,37
	Впевненість у собі	5,20	4,12	6,35	3,80	159,0	0,26
	Вимогливість	4,45	3,12	4,75	4,18	196,5	0,92
	Скептицизм	3,90	3,48	3,05	3,76	172,0	0,44
	Поступливість	3,70	3,16	3,35	3,92	171,5	0,44
	Довірливість	4,40	3,08	4,85	4,64	192,0	0,82
	Добросердність	3,05	3,01	3,35	4,25	191,5	0,81
	Відзивчивість	6,85	3,75	8,15	4,46	167,0	0,37

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Таблиця Б.12

Таблиця кореляцій показників образу «Ідеальний лікар» і образу «Реальний лікар» інтернів 1-го року навчання за тестом Т. Лірі

		Чоловіки (n -)		Жінки (n -)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	Значущість відмінностей
Ідеал Лікар	Домінантність	6,60	3,09	6,73	3,49	72,0	0,86
	Впевненість у собі	4,60	2,22	4,66	2,43	71,5	0,84
	Вимогливість	4,20	1,13	4,266	2,68	72,5	0,88
	Скептицизм	2,0	2,10	1,53	1,88	65,0	0,57
	Поступливість	2,9	1,79	2,86	2,87	61,0	0,43
	Довірливість	3,90	1,10	2,86	1,95	46,0	0,10
	Добросердність	4,90	2,18	6,13	2,87	55,0	0,26
	Відзивчивість	4,20	2,15	5,93	3,61	53,0	0,22
Реал Лікар	Домінантність	5,0	2,98	5,26	2,15	65,0	0,57
	Впевненість у собі	4,3	2,11	4,66	2,99	68,0	0,69
	Вимогливість	4,8	4,68	2,20	2,27	49,0	0,14
	Скептицизм	3,6	2,87	2,73	3,36	60,0	0,40
	Поступливість	3,8	2,85	2,46	2,16	48,5	0,14
	Довірливість	3,2	1,13	4,93	3,65	58,5	0,36
	Добросердність	3,0	1,82	4,66	4,20	59,0	0,37
	Відзивчивість	5,0	2,98	5,26	2,15	65,0	0,57

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Додаток Б (продовження)

Таблиця Б.13

Таблиця кореляцій показників образу «Ідеальний лікар» і образу «Реальний лікар» інтернів 2-го року навчання за тестом Т. Лірі

		Чоловіки (n -)		Жінки (n -)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	Значущість відмінностей
Ідеал Лікар	Домінантність	7,90	3,28	6,75	3,86	50,5	0,53
	Впевненість у собі	5,60	3,16	4,75	3,49	52,5	0,62
	Вимогливість	5,60	2,95	4,66	3,62	49,0	0,46
	Скептицизм	3,40	3,59	2,25	2,59	46,5	0,37
	Поступливість	4,50	3,43	2,91	1,78	42,5	0,24
	Довірливість	4,70	2,66	4,58	3,26	58,5	0,92
	Добросердність	5,70	3,65	6,16	3,45	55,0	0,74
	Відзивчивість	7,10	3,21	6,16	2,24	49,0	0,46
Реал Лікар	Домінантність	7,20	2,57	4,91	3,91	39,0	0,16
	Впевненість у собі	5,90	2,23	4,6	2,67	45,5	0,33
	Вимогливість	4,90	2,84	3,41	2,77	45,0	0,32
	Скептицизм	5,00	3,29	3,16	2,65	39,0	0,16
	Поступливість	4,90	2,80	4,0	3,61	50,0	0,50
	Довірливість	5,80	3,48	4,75	3,81	48,5	0,44
	Добросердність	6,60	4,14	5,0	3,46	47,0	0,39
	Відзивчивість	7,20	2,57	4,91	3,91	39,0	0,16

Примітки: М – середнє значення; δ – стандартне відхилення.

Додаток Б (продовження)

Результати аналізу гендерних відмінностей щодо образу ідеального лікаря (Т.Лірі) студентів-медиків та лікарів-інтернів чоловічої та жіночої статі

Таблиця Б.14

Образ ідеального лікаря в уявленнях студентів-медиків (Т. Лірі), n= 175

Шкали (якості)	2 курс		p ≤	3 курс		p ≤	4 курс		p ≤	5 курс		p ≤	6 курс		p ≤
	ч	ж		ч	ж		ч	ж		ч	ж		ч	ж	
I	9,3	7,8	-	10,0	8,6	-	6,5	7,3	-	7,4	8,1	-	7,2	7,8	-
II	6,0	4,7	-	8,1	7,3	-	4,3	5,9	-	5,7	5,8	-	5,3	5,6	-
III	5,1	4,2	-	7,9	5,9	0,05	4,8	5,3	-	4,6	4,9	-	4,4	4,6	-
IV	4,1	1,6	0,05	6,8	4,8	-	2,6	2,0	-	3,5	2,7	-	2,6	2,7	-
V	3,3	2,1	0,05	7,1	5,3	-	2,8	3,0	-	3,7	3,5	-	3,8	3,6	-
VI	4,0	3,1	-	8,2	5,7	0,05	3,6	3,2	-	4,8	4,3	-	4,6	4,4	-
VII	6,8	6,6	-	9,0	7,4	-	5,8	7,1	-	5,7	6,9	-	5,2	6,4	-
VIII	6,4	8,8	0,05	9,2	7,7	-	5,6	7,8	0,06 [~]	6,4	8,3	-	6,2	6,8	-

Примітки: I – домінантність; II – впевненість у собі; III – вимогливість; IV – скептицизм; V – поступливість; VI – довірливість; VII – добросердність; VIII – чуйність; [~] - тенденція до статистичної залежності.

Таблиця Б.15

Образ ідеального лікаря в уявленнях інтернів (за тестом Т. Лірі), n=51

Шкали (якості)	1 рік навчання		p ≤	2 рік навчання		p ≤
	ч	ж		ч	ж	
I	6,6	6,7	-	7,9	6,8	-
II	4,6	4,7	-	5,6	4,8	-
III	4,2	4,3	-	5,6	4,7	-
IV	2,0	1,5	-	3,4	2,3	-
V	2,9	2,9	-	4,5	2,9	-
VI	3,9	2,9	-	4,7	4,6	-
VII	4,9	6,1	-	5,7	6,2	-
VIII	4,2	5,9	-	7,1	6,2	-

Примітки: I – домінантність; II – впевненість у собі; III – вимогливість; IV – скептицизм; V – поступливість; VI – довірливість; VII – добросердність; VIII – чуйність.

Додаток Б (продовження)

Дискограми міжособистісної взаємодії (Т. Лірі) в чотирьох образах діагностики: «Я-реальний», «Я-ідеальний», «Лікар-ідеальний», «Лікар-реальний» досліджуваних чоловічої статі і жіночої статі, $n = 226$



Рис. Б.1 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 2 курсу чоловічої статі.



Рис. Б.2 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 2 курсу жіночої статі.

Додаток Б (продовження)

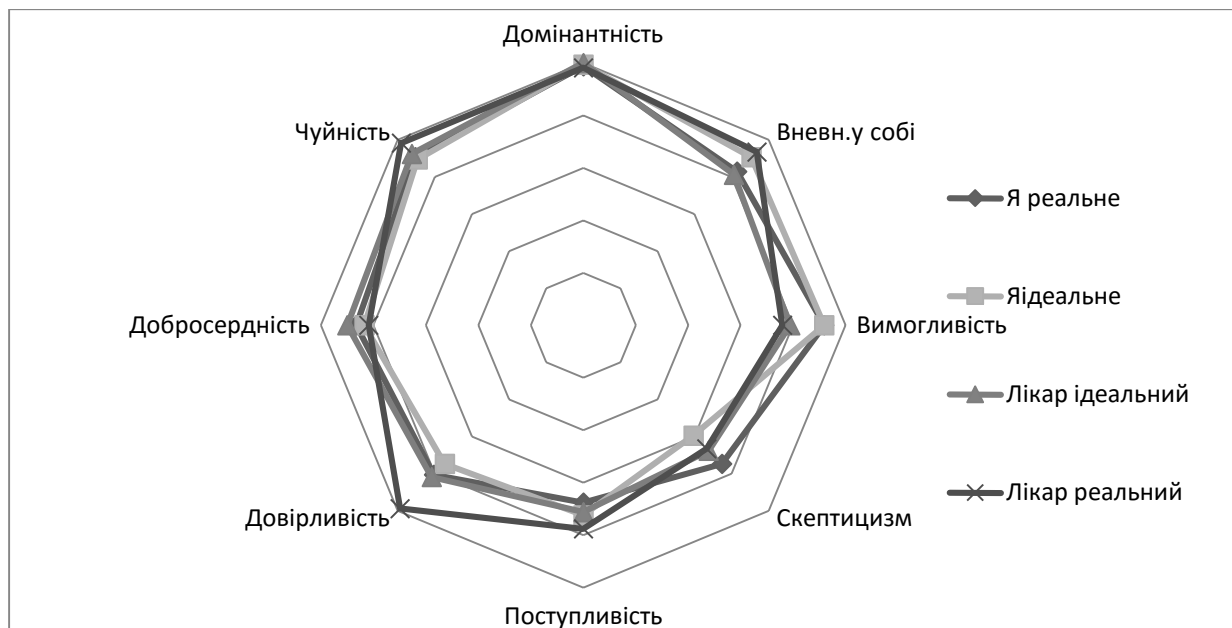


Рис. Б.3 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 3 курсу чоловічої статі.

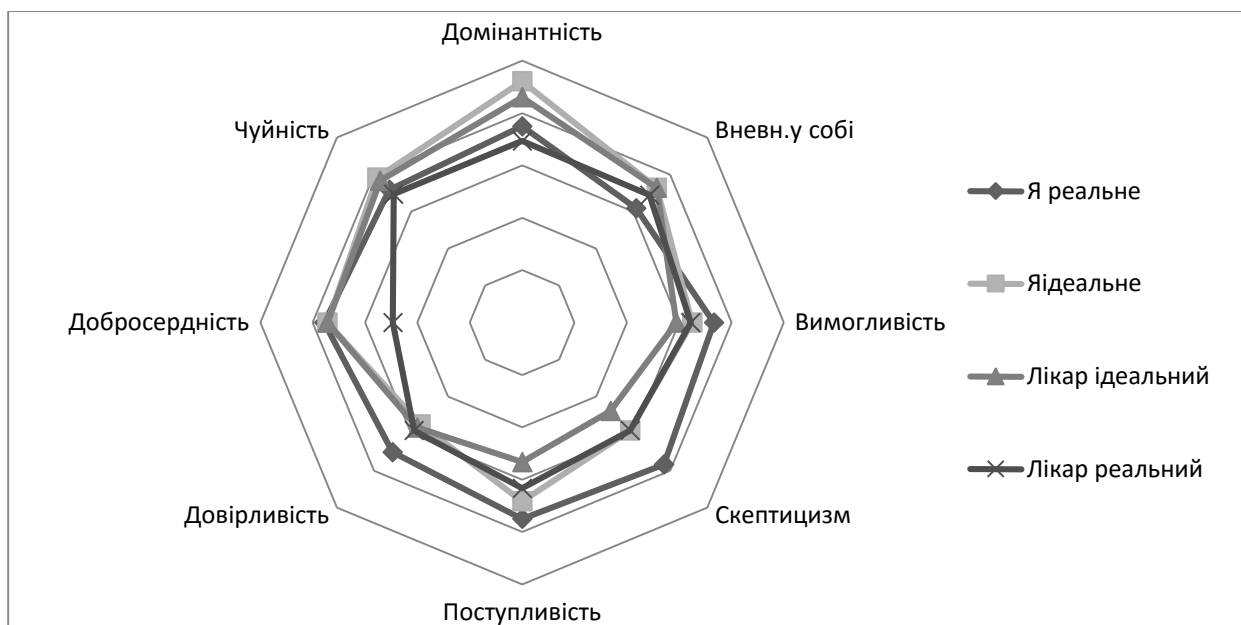


Рис. Б.4 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 3 курсу жіночої статі.

Додаток Б (продовження)

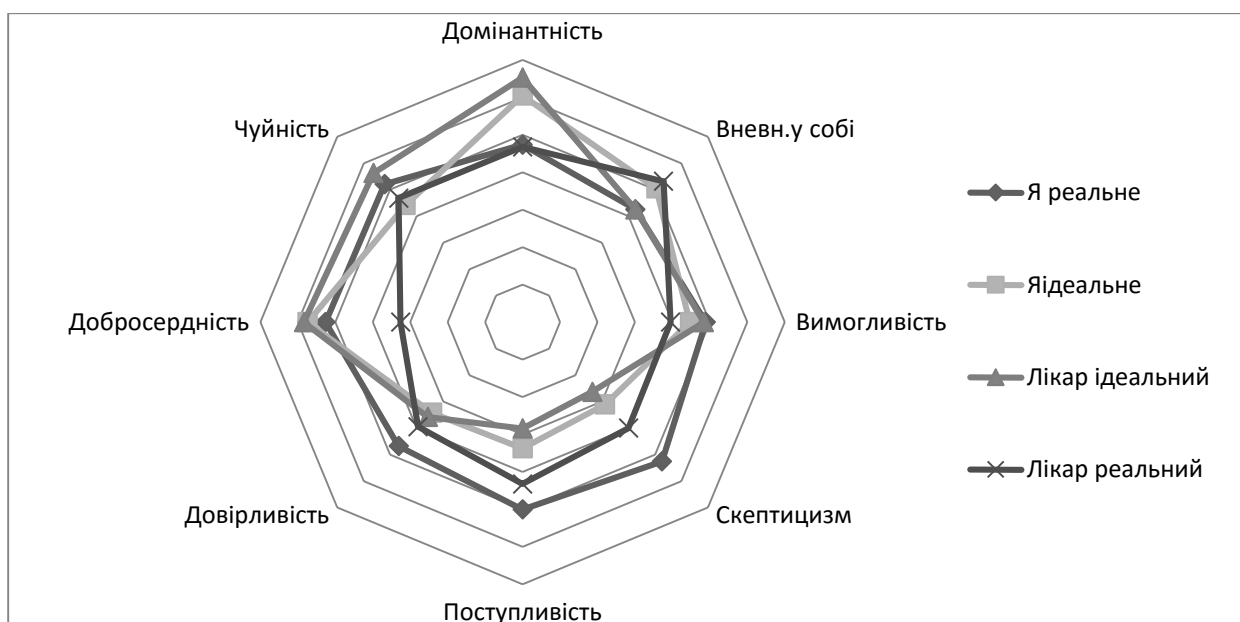


Рис. Б.5 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 4 курсу чоловічої статі.

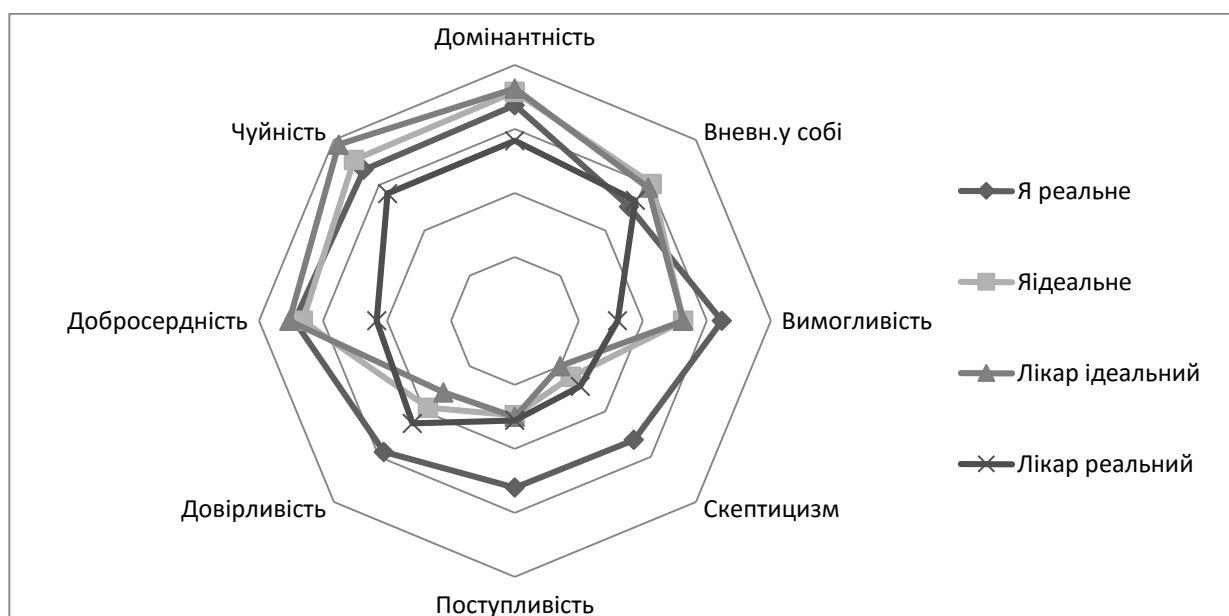


Рис. Б.6 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 4 курсу жіночої статі.

Додаток Б (продовження)

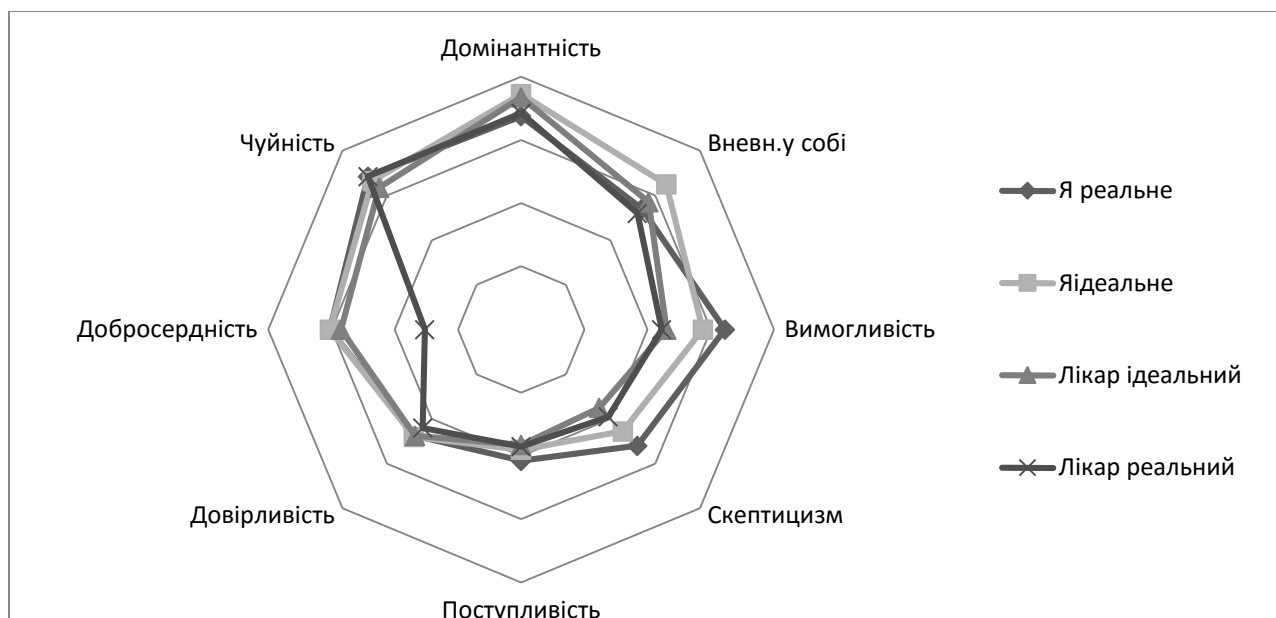


Рис. Б.7 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 5 курсу чоловічої статі.

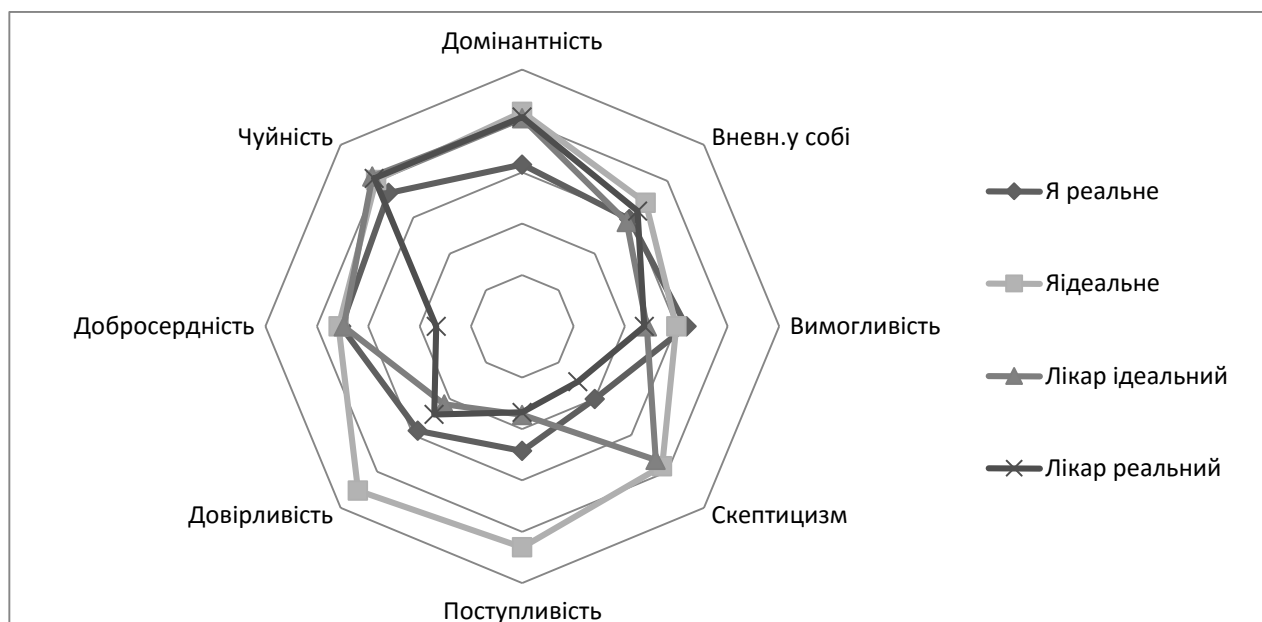


Рис. Б.8 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 5 курсу жіночої статі.

Додаток Б (продовження)

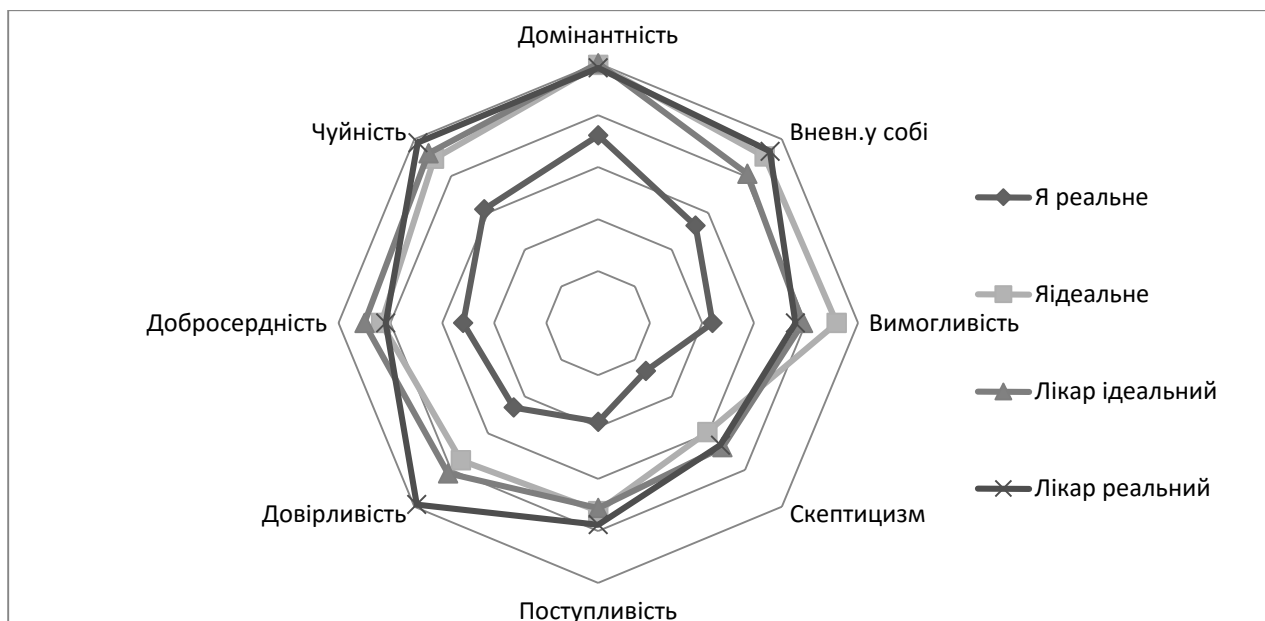


Рис. Б.9 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 6 курсу чоловічої статі.

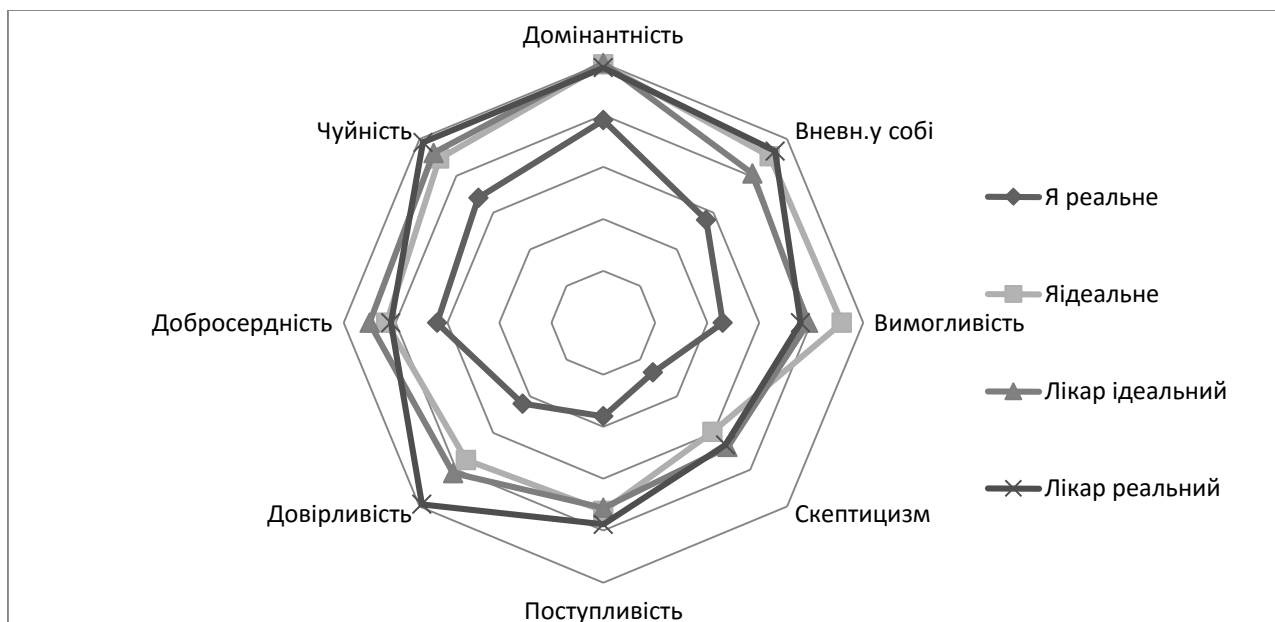


Рис. Б.10 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики досліджуваних студентів 6 курсу жіночої статі.

Додаток Б (продовження)

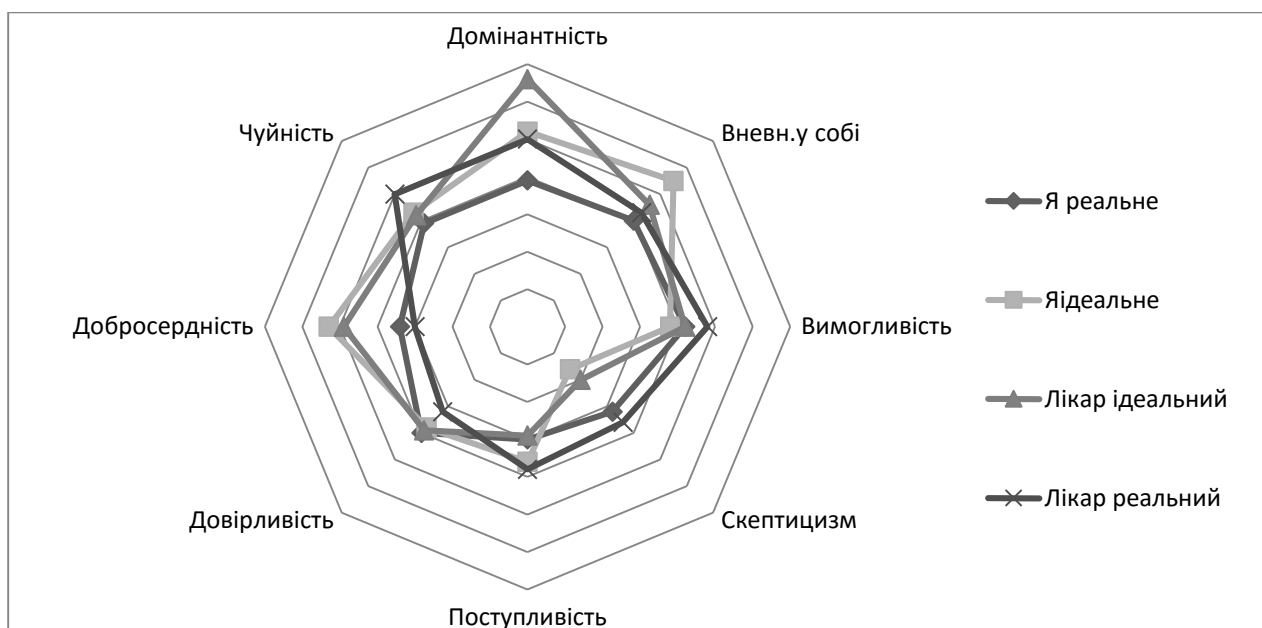


Рис. Б.11 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів чоловічої статі першого року навчання.

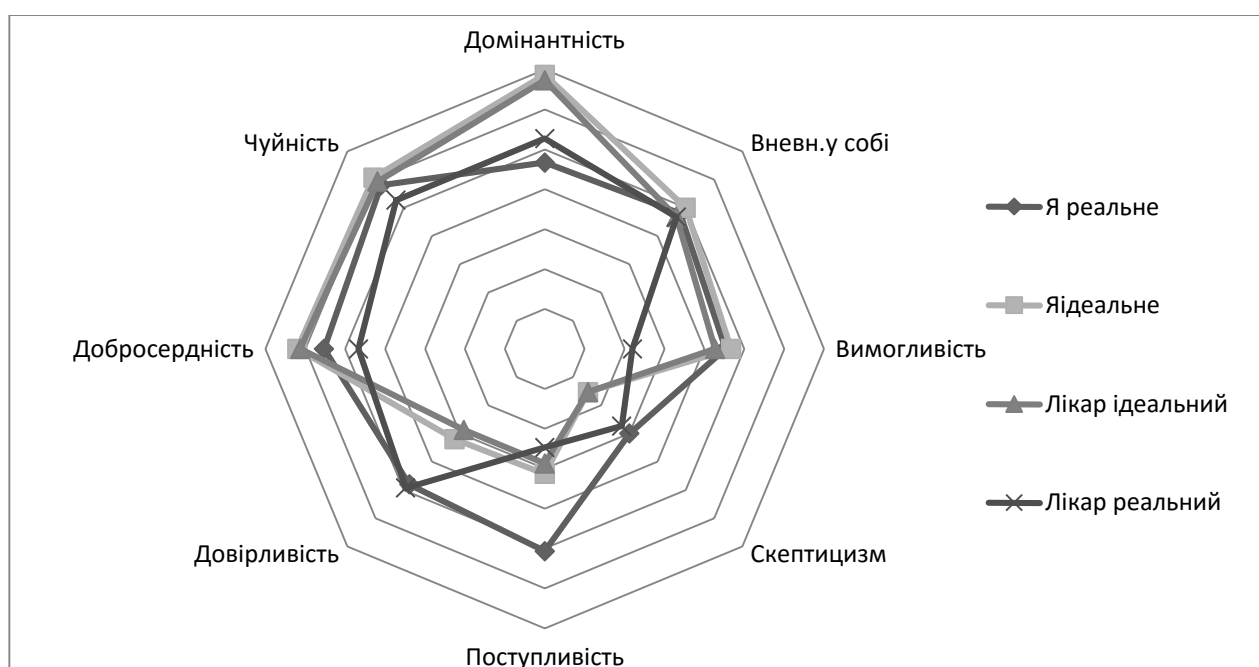


Рис. Б.12 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів жіночої статі першого року навчання.

Додаток Б (продовження)

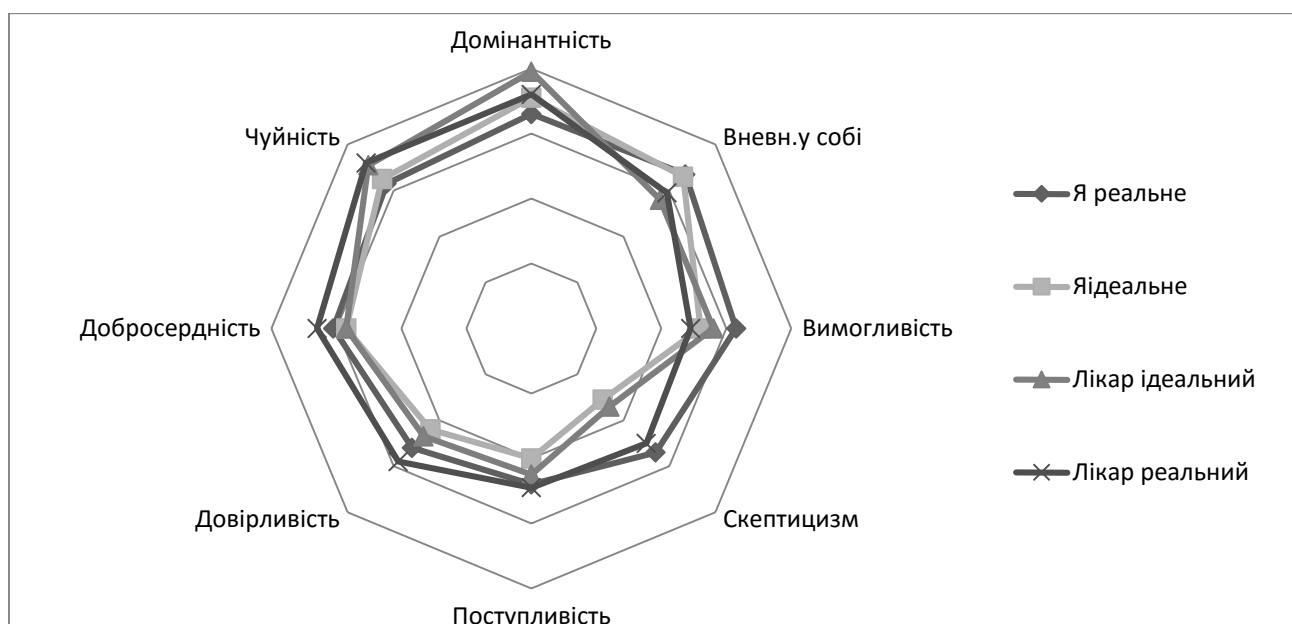


Рис.Б.13 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів чоловічої статі другого року навчання.

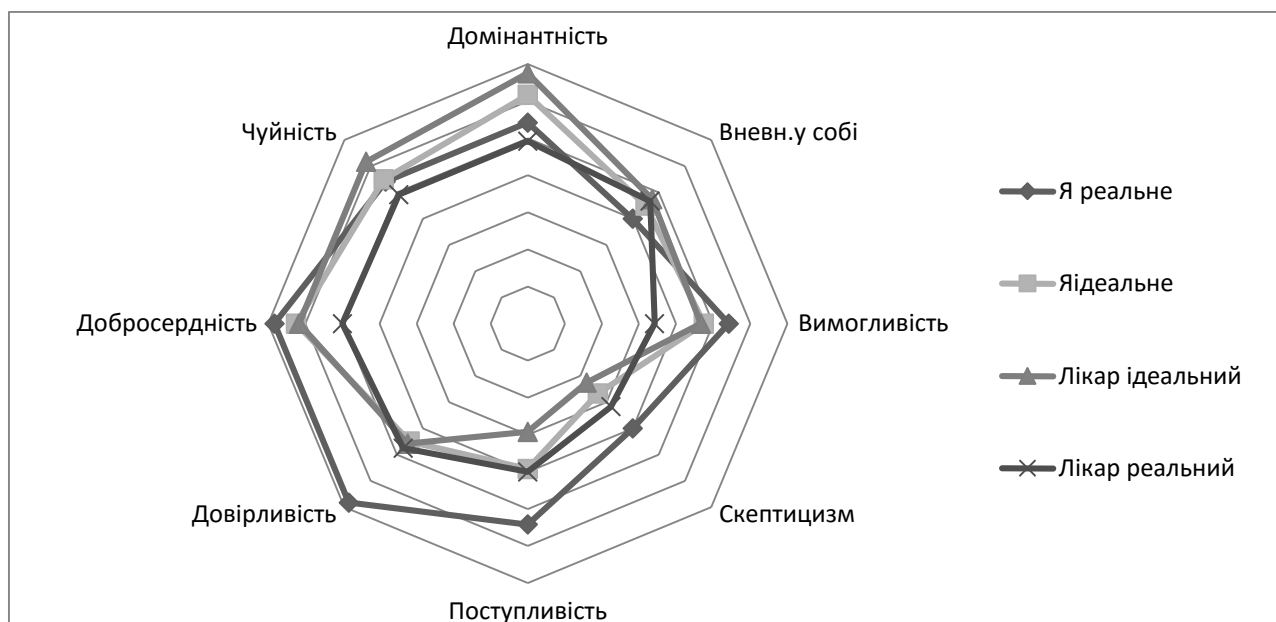


Рис. Б.14 Дискограма стилів міжособистісної взаємодії в чотирьох образах діагностики інтернів жіночої статі другого року навчання.

Додаток В

**Розподіл показників за шкалами методики
«Мотиви вибору медичної професії» (ММП)
(костатувальний етап емпіричного дослідження)**

*Таблиця В.1***Мотиви вибору медичної професії (ММП) студентами 2 курсу, n = 32**

Мотиви	Чоловіки (n = 16)		Жінки (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	p ≤
I	4,94	1,65	5,50	0,81	106,0	0,40
II	4,68	2,41	6,31	1,44	73,5	0,039
III	6,50	1,50	6,87	0,80	118,0	0,70
IV	3,31	1,81	2,37	1,36	92,5	0,18
V	3,75	1,39	3,81	2,00	125,5	0,92
VI	3,56	1,55	5,00	2,00	60,0	0,01
VII	4,00	2,09	2,12	1,74	66,5	0,02
VIII	2,50	2,42	1,81	1,90	102,0	0,32
IX	2,75	1,53	2,18	1,75	102,0	0,32

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

*Таблиця В.2***Мотиви вибору медичної професії студентами 3 курсу, n = 35**

Мотиви	Чоловіки (n = 17)		Жінки (n = 18)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	p ≤
I	5,82	2,27	4,55	1,65	87,0	0,02
II	4,53	2,32	5,94	1,66	99,0	0,07
III	6,76	1,30	6,83	1,29	149,0	0,89
IV	3,41	1,28	3,88	1,90	132,0	0,48
V	3,24	1,92	2,22	1,89	107,5	0,13
VI	4,41	1,37	4,83	1,46	125,0	0,35
VII	3,29	1,86	2,33	1,74	108,5	0,14
VIII	1,47	1,23	1,28	1,45	134,5	0,54
IX	3,06	1,82	3,89	2,42	121,0	0,29

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Додаток В (продовження)*Таблиця В.3***Мотиви вибору медичної професії студентами 4 курсу, n = 38**

Мотиви	Чоловіки (n =19)		Жінки (n = 19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	4,68	1,82	4,47	1,92	170,0	0,75
II	5,32	2,42	5,36	1,83	152,5	0,41
III	6,32	1,20	6,36	1,89	157,0	0,49
IV	3,68	1,41	3,10	1,79	144,0	0,28
V	2,89	1,94	2,73	2,23	171,5	0,79
VI	4,05	1,47	5,15	1,34	112,5	0,047
VII	3,26	2,28	2,73	1,36	154,0	0,44
VIII	1,32	1,97	2,26	1,69	116,5	0,06
IX	4,32	2,47	3,79	2,29	160,5	0,56

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

*Таблиця В. 4***Мотиви вибору медичної професії студентами 5 курсу, n = 40**

Мотиви	Чоловіки (n = 20)		Жінки (n = 20)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	5,50	1,23	5,55	1,70	199,5	0,98
II	5,40	1,72	5,15	2,39	198,0	0,95
III	6,70	1,62	7,10	0,91	186,0	0,70
IV	3,35	1,31	3,15	1,92	173,5	0,47
V	3,10	1,94	3,15	1,72	192,5	0,83
VI	5,45	1,14	5,35	1,53	190,5	0,79
VII	2,15	1,31	1,7	1,52	152,5	0,19
VIII	1,70	1,78	1,7	1,55	195,5	0,90
IX	2,65	2,03	3,15	1,98	174,5	0,49

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Додаток В (продовження)**Таблиця В.5****Мотиви вибору медичної професії студентами 6 курсу, n = 30**

Мотиви	Чоловіки (n =15)		Жінки (n = 15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	5,5	1,23	5,6	1,72	199,7	0,99
II	5,4	1,72	5,2	2,41	199,0	0,97
III	6,7	1,62	7,1	0,91	186,0	0,70
IV	3,35	1,31	3,2	1,94	173,8	0,49
V	3,1	1,94	3,2	1,74	192,8	0,86
VI	5,45	1,14	5,4	1,56	190,8	0,81
VII	2,15	1,31	1,7	1,52	152,5	0,19
VIII	1,7	1,78	1,7	1,55	195,5	0,90
IX	5,5	1,23	5,6	1,71	199,7	0,99

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Таблиця В.6**Мотиви вибору медичної професії інтернів 1-го року навчання, n = 25**

Мотиви	Чоловіки (n =10)		Жінки (n = 15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	5,50	1,71	6,00	1,25	69,0	0,73
II	5,40	1,42	5,00	2,17	69,5	0,76
III	6,20	0,91	5,93	1,48	66,5	0,63
IV	4,50	1,26	3,53	1,76	47,5	0,12
V	4,30	2,66	3,53	1,55	61,0	0,43
VI	4,50	2,06	5,53	1,50	48,0	0,13
VII	2,50	1,84	1,93	1,33	64,5	0,56
VIII	0,70	0,67	1,46	1,72	60,0	0,40
IX	2,50	1,77	3,06	1,53	60,0	0,40

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

*Додаток В (продовження)**Таблиця В.7***Мотиви вибору медичної професії інтернів 2-го року навчання, n = 26**

Мотиви	Чоловіки (n = 10)		Жінки (n = 16)		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
I	4,50	2,54	5,42	1,72	48,5	0,44
II	5,20	1,54	5,33	1,66	55,5	0,76
III	6,70	1,05	6,58	1,37	58,5	0,92
IV	4,40	1,71	4,08	1,78	49,0	0,46
V	4,10	1,85	1,58	1,56	18,5	0,00
VI	4,80	1,81	5,42	0,90	47,5	0,40
VII	1,30	0,94	2,50	2,27	41,5	0,22
VIII	1,70	1,05	1,67	1,30	58,0	0,89
IX	3,30	2,54	3,42	2,67	59,5	0,97

Примітки: I – лікувати людей; II – полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей; III – піклуватися про здоров'я рідних; IV – престижність професії; V – вирішувати наукові проблеми; VI – піклуватися про власне здоров'я; VII – впливати на інших людей; VIII – доступність медикаментів; IX – матеріальна зацікавленість.

Додаток В (продовження)

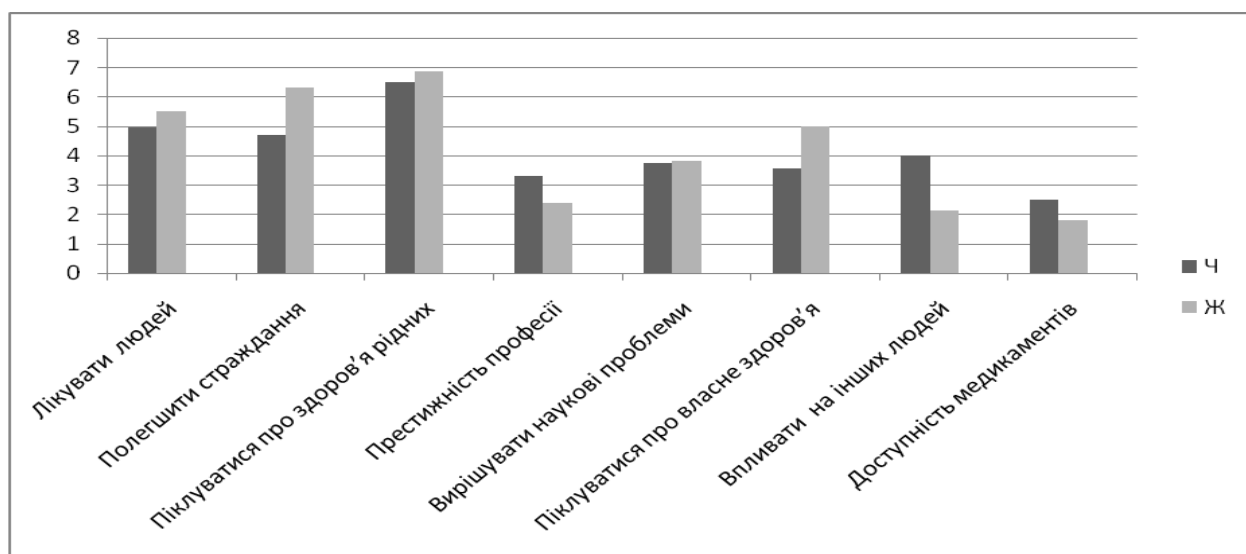


Рис. В.1. Діаграма розподілу показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед студентів-медиків 2-го курсу чоловічої та жіночої статі, $n = 32$

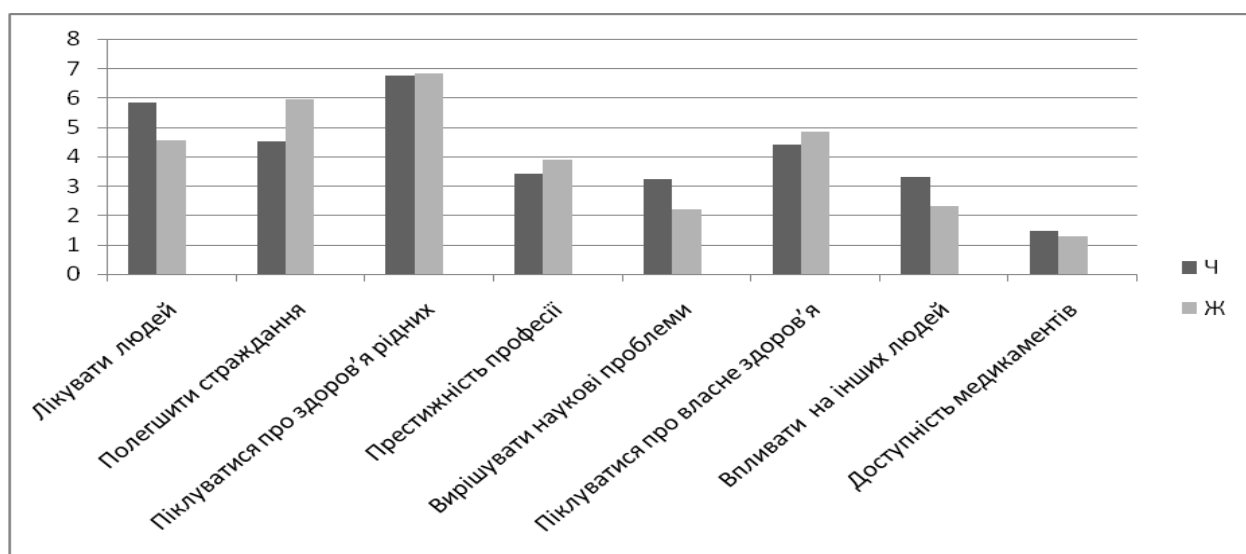


Рис. В.2 Діаграма розподілу показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед студентів-медиків 3-го курсу чоловічої та жіночої статі, $n = 35$.

Додаток В (продовження)

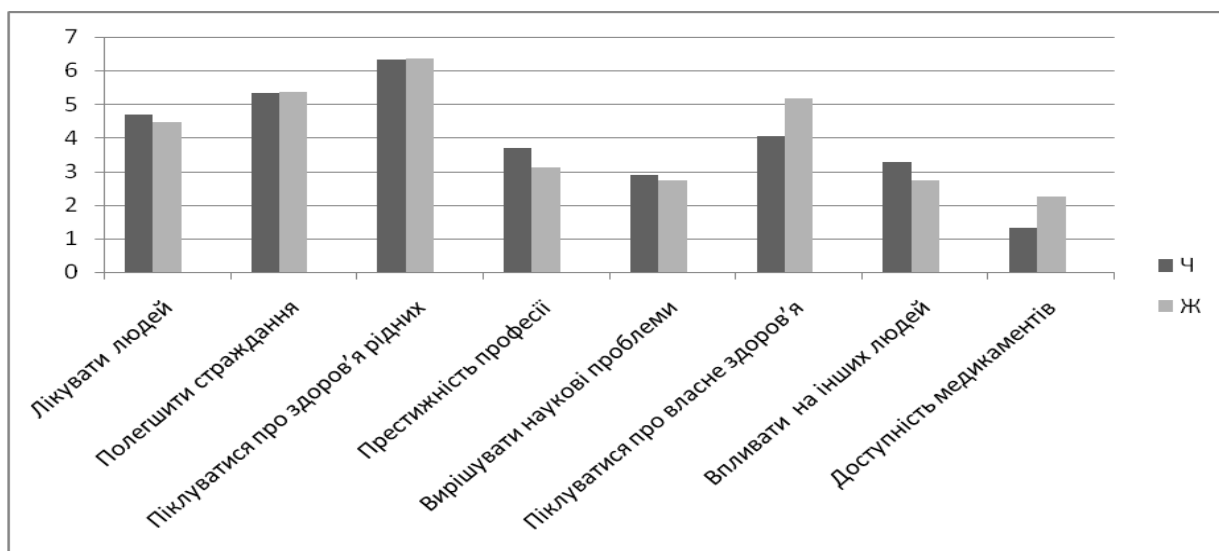


Рис. В.3. Діаграма розподілу показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед студентів-медиків 4-го курсу чоловічої та жіночої статі, $n = 38$.

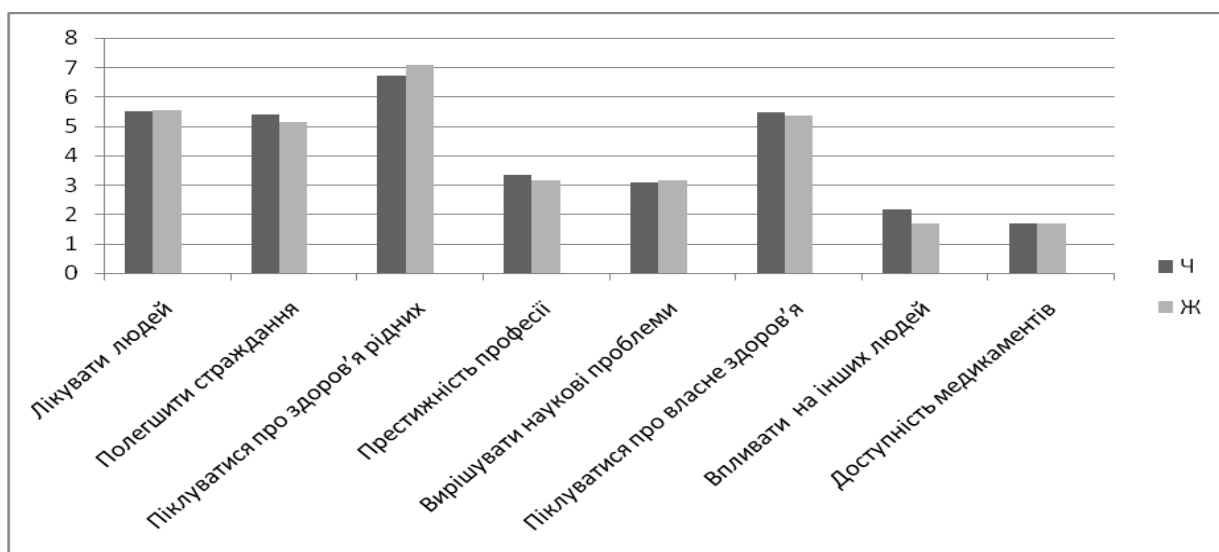


Рис. В.4. Діаграма розподілу показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед студентів-медиків 5-го курсу чоловічої та жіночої статі, $n = 40$.

Додаток В (продовження)

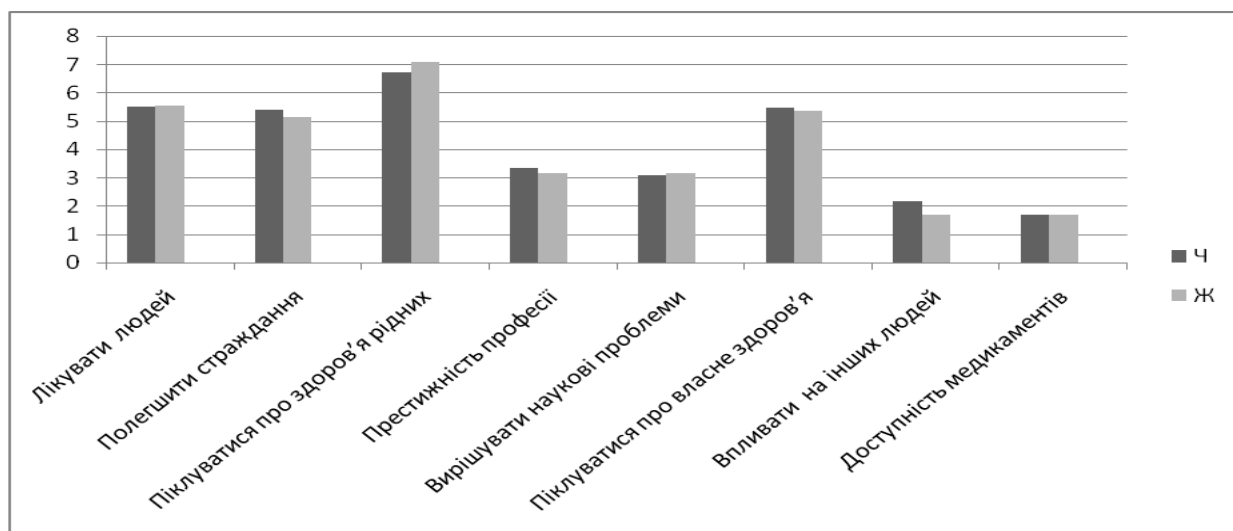


Рис. В.5. Діаграма розподілу показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед студентів-медиків 3-го курсу чоловічої та жіночої статі, $n = 30$.

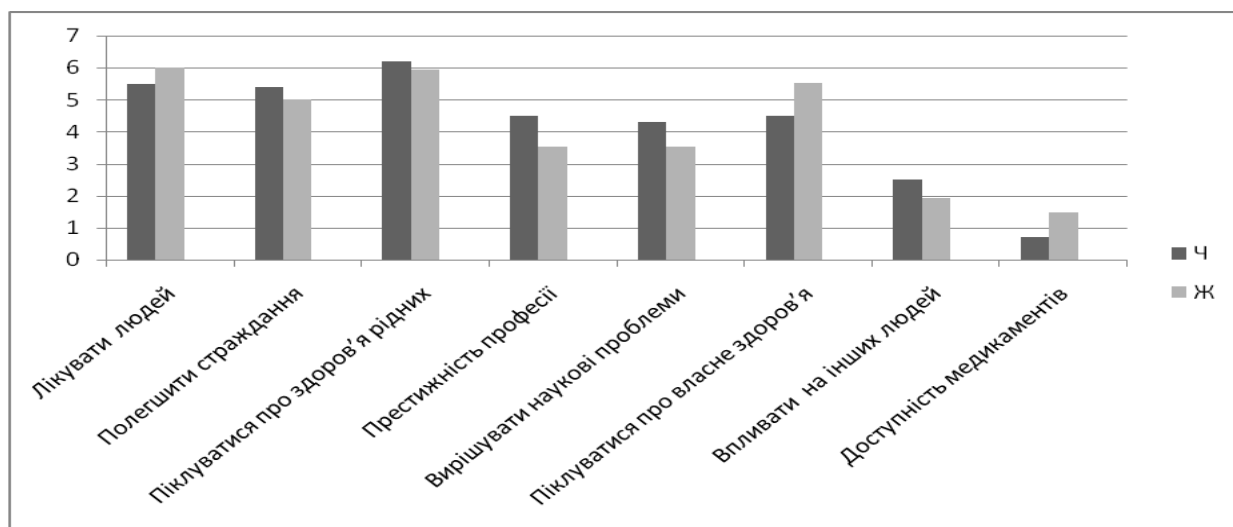


Рис. В.6. Діаграма розподілу показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед інтернів 1-го року навчання чоловічої та жіночої статі, $n = 25$.

Додаток В (продовження)

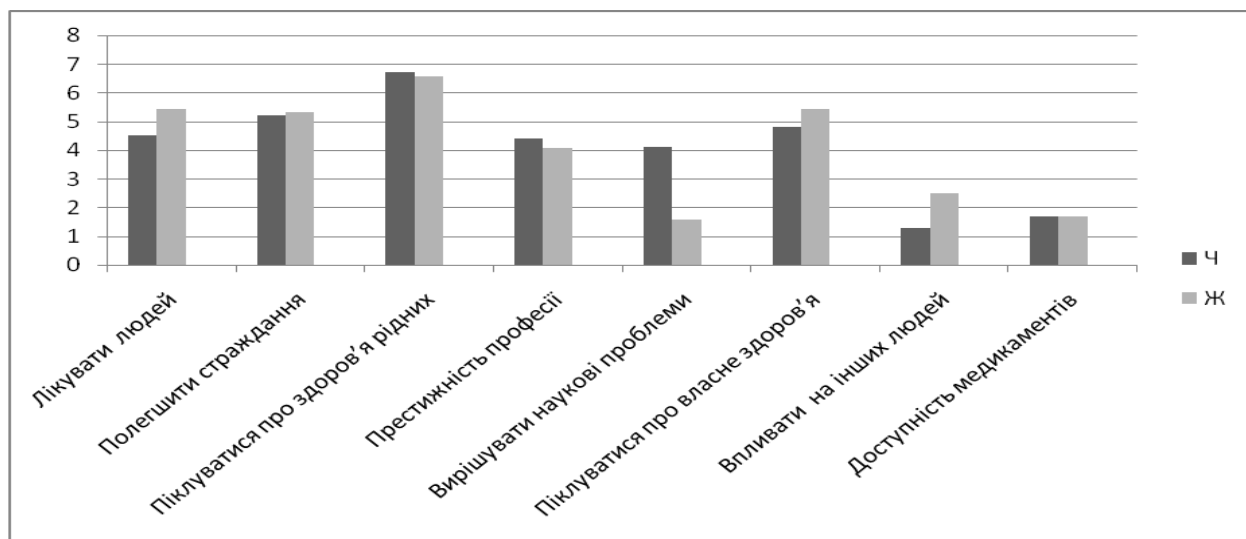


Рис. В.7. Діаграма розподілу показників мотивів вибору медичної професії (ММП) серед інтернів 2-го року навчання чоловічої та жіночої статі, $n = 26$.

Додаток Г

**Розподіл показників за шкалами методики
«Провідні мотиви професійної діяльності» (МПД)
(констатувальний етап емпіричного дослідження)**

*Таблиця Г.1***Провідні мотиви професійної діяльності (МПД) студентів 2 курсу, n=32**

№	Мотиви	Чол. (n = 16)		Жін. (n = 16)		Критерій U- Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Мотиви власної праці	11,75	3,92	11,5	2,68	118,5	0,72
2	Мотиви соціальної значущості в праці	12,12	1,70	12,3	3,66	120,0	0,76
3	Мотиви самоствердження в праці	13,68	5,01	14,81	3,70	112,5	0,55
4	Мотиви професійної майстерності	10,12	5,00	9,18	5,84	119,0	0,73

*Таблиця Г.2***Провідні мотиви професійної діяльності (МПД) студентів 3 курсу, n=35**

№	Мотиви	Чол. (n = 17)		Жін. (n = 18)		Критерій U- Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Мотиви власної праці	13,88	2,39	11,33	2,74	78,5	0,013
2	Мотиви соціальної значущості в праці	11,76	2,90	13,00	3,00	116,00	0,22
3	Мотиви самоствердження в праці	12,35	4,37	12,16	3,91	147,0	0,84
4	Мотиви професійної майстерності	8,71	4,24	10,50	5,37	118,5	0,25

*Додаток Г (продовження)**Таблиця Г.3***Провідні мотиви професійної діяльності (МПД) студентів 4 курсу, n=38**

№	Мотиви	Чол. (n = 19)		Жін. (n = 19)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Мотиви власної праці	11,68	4,33	11,68	2,85	173,0	0,83
2	Мотиви соціальної значущості в праці	12,21	2,82	13,16	3,00	138,5	0,22
3	Мотиви самоствердження в праці	13,42	5,42	15,21	4,64	139,5	0,23
4	Мотиви професійної майстерності	8,84	5,69	8,94	5,39	178,0	0,94

*Таблиця Г.4***Провідні мотиви професійної діяльності (МПД) студентів 5 курсу, n=40**

№	Мотиви	Чол. (n = 20)		Жін. (n = 20)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Мотиви власної праці	11,50	2,04	12,9	2,46	141,5	0,11
2	Мотиви соціальної значущості в праці	12,50	3,36	12,1	2,38	179,5	0,57
3	Мотиви самоствердження в праці	14,40	5,26	13,8	4,50	186,5	0,71
4	Мотиви професійної майстерності	10,75	4,42	7,35	4,29	118,5	0,027

*Додаток Г (продовження)**Таблиця Г.5***Провідні мотиви професійної діяльності (МПД) студентів 6 курсу, n=30**

№	Мотиви	Чол. (n = 15)		Жін. (n = 15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Мотиви власної праці	12,1	3,12	12,2	2,32	168,2	0,46
2	Мотиви соціальної значущості в праці	11,6	2,12	12,9	2,46	139,4	0,24
3	Мотиви самоствердження в праці	13,4	5,42	13,8	4,50	184,2	0,68
4	Мотиви професійної майстерності	11,2	2,02	7,2	4,16	112,3	0,05

Таблиця Г.6

**Провідні мотиви професійної діяльності (МПД) інтернів 1-го року
навчання, n=25**

№	Мотиви	Чол. (n = 10)		Жін. (n = 15)		Критерій U-Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Мотиви власної праці	12,80	1,93	12,53	3,06	75,0	1,00
2	Мотиви соціальної значущості в праці	13,40	2,11	12,40	3,13	63,0	0,50
3	Мотиви самоствердження в праці	12,60	3,40	12,60	5,57	65,5	0,59
4	Мотиви професійної майстерності	8,10	5,30	7,00	4,89	67,0	0,65

*Додаток Г (продовження)**Таблиця Г.7*

**Провідні мотиви професійної діяльності (МПД) інтернів 2-го року
навчання, n=26**

№	Мотиви	Чол. (n =10)		Жін. (n = 16)		Критерій U- Манна-Уїтні	
		М	δ	М	δ	U	p ≤
1	Мотиви власної праці	13,20	3,01	11,83	3,56	45,50	0,33
2	Мотиви соціальної значущості в праці	12,20	1,98	13,00	3,56	52,0	0,59
3	Мотиви самоствердження в праці	12,60	4,19	11,50	2,81	56,5	0,81
4	Мотиви професійної майстерності	9,00	4,89	10,00	3,46	51,0	0,55

**Розподіл показників за методикою «Рівень професійної спрямованості» (РПС)
(констатувальний етап емпіричного дослідження)**

Таблиця Д.1

**Рівні розвитку професійної спрямованості (РПС) студентів-медиків,
n = 175**

Рівень	Курс навчання										Всього	
	2-й (n = 32)		3-й (n = 35)		4-й (n = 38)		5-й (n = 40)		6-й (n = 30)			
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Високий	11	14	13	12	13	16	13	11	11	13	61	66
%	34,4	43,7	37,1	34,3	34,2	42,1	32,5	27,5	36,7	43,3	34,9	37,7
Середній	5	2	3	5	6	2	7	8	3	1	24	18
%	15,6	6,3	8,6	14,2	15,8	5,3	17,5	20,0	10,0	3,3	13,7	10,3
Низький	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	2	4
%	-	-	2,9	2,9	-	2,6	-	2,5	3,3	3,3	1,1	2,3

Таблиця Д. 2

Рівні розвитку професійної спрямованості (РПС) інтернів 1-го та 2-го року навчання, n = 51

Рівень розвитку	Рік навчання				Всього	
	1-й (n = 25)		2-й (n = 26)			
	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Високий	7	10	7	12	14	22
%	28,0	40,0	26,9	46,2	27,5	43,1
Середній	2	1	3	4	5	5
%	8,0	4,0	11,5	15,4	9,8	9,8
Низький	0	0	0	0	0	0
%	-	-	-	-	-	-

Додаток Д (продовження)

Таблиця Д.3

Рівні розвитку професійної спрямованості (РПС) студентів-медиків та інтернів, n = 226

Курс	Низький				Середній				Високий			
	ч		ж		ч		ж		ч		ж	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
2-й	0	-	0	-	5	15,6	2	6,3	11	34,4	14	43,7
3-й	1	2,9	1	2,9	3	8,6	5	14,2	13	37,1	12	34,3
4-й	0	-	1	2,6	6	15,8	2	5,3	13	34,2	16	42,1
5-й	0	-	1	2,5	7	17,5	8	20,0	13	32,5	11	27,5
6-й	1	3,3	1	3,3	3	10,0	1	3,3	11	36,7	13	43,3
інтерни 1р.	1	4,0	4	16,0	2	8,0	1	4,0	7	28,0	10	40,0
інтерни 2р.	0	-	0	-	3	11,5	4	15,4	7	26,9	12	46,2
Всього	3	1,3	8	3,5	29	12,8	23	10,2	75	33,2	88	38,9

Таблиця Д.4

Кореляційний аналіз показників за методикою визначення рівня професійної спрямованості (РПС) у студентів і інтернів чоловічої та жіночої статі, n = 226

Курс	Чол.		Жін.		Критерій U-Манна-Уїтні	
	М	δ	М	δ	U	$p \leq$
2 курс	14,93	2,54	15,56	2,27	110,0	0,49
3 курс	14,11	4,28	13,33	4,87	144,5	0,77
4 курс	14,1	3,43	14,15	4,02	170,5	0,77
5 курс	14,6	2,56	14,5	4,18	166,5	0,36
Інтерни 1-й р.	13,60	5,42	12,33	6,81	73,5	0,93
Інтерни 2-й р.	14,10	2,76	14,66	2,83	49,5	0,48

Компоненти професійної компетентності майбутнього лікаря

Таблиця Ж.1.

<i>Компоненти професійної компетентності</i>	<i>Характеристика</i>
1	2
Ціннісно-мотиваційний компонент	Визначається мотивами, цілями, потребами, професійними настановами, інтересами, ідеалами, професійною спрямованістю майбутнього спеціаліста на майбутню професійну діяльність; прагненням до удосконалення, самовиховання, саморозвитку; ціннісних установках, актуалізації в професійній діяльності. Він (компонент) передбачає наявність інтересу до професійної діяльності, який характеризується потребою особистості в знаннях, в оволодінні ефективними способами організації професійної діяльності
Поведінковий компонент	Реалізується через професійну ідентифікацію, професійне самовизначення, саморегуляцію. Містить конкретні дії, поведінкові прояви (у тому числі вербальні) чи потенційні поведінкові реакції у сфері професійної (навчально-професійної) діяльності та міжособистісного спілкування. Особливості формування цього компоненту професійної компетентності визначаються рівнем розвитку професійно значущих особистісних якостей, і реалізуються, в умовах спеціально організованих навчально-професійних занять, що мають практичну спрямованість
Комунікативний компонент	Виявляється у вмінні встановлювати міжособистісні зв'язки, обирати оптимальний стиль спілкування в різноманітних ситуаціях професійної діяльності; містить комунікативні якості та здібності, навички володіння засобами вербального і невербального спілкування, комунікативними техніками та культурою спілкування; вміння дискутувати та захищати свою думку; навички володіння рідною та іноземною мовами. Базовими особистісними якостями даного компоненту є емоційна адекватність, гнучкість спілкування, доброта, гуманність, чуйність, терпіння, емпатійність, низький рівень егоїстичності, високий рівень особистісної впевненості (асертивності) та комунікативна компетентність

<i>Продовження таблиці Ж.1</i>	
1	2
Рефлексивно-творчий компонент	Визначається ставленням до себе і до світу, до своєї практичної діяльності та її здійснення, а також стимулює творчий прояв особистості в професійній діяльності. Містить самопізнання, самоконтроль, саморегуляцію, самооцінку, самомотивацію, самооцінювання; розуміння власної значущості та результатів своєї діяльності, відповідальності за результати своєї діяльності, розуміння себе і самореалізація в професійній діяльності; визначає ступінь узгодженості Я-реального та Я-ідеального (намагання бути таким, яким би хотів себе бачити), гнучкості гендерної ідентичності в структурі Я-концепції особистості, що призводить автоматично до зміни поведінки у результаті перебудови уявлень про себе та інших; прагнення до самозмін і саморозвитку; формує навички асертивної поведінки, зумовлює розвиток професійної майстерності, здатності до рефлексії в процесі вирішення професійно-значущих завдань, здатності знаходити творчий нестандартний підхід у вирішенні професійних завдань, інтелектуальну лабільність, сприяє реалізації особистісного потенціалу у майбутній професійній діяльності
Когнітивний компонент	Містить теоретичні знання про особливості професійної діяльності та її вимоги до особистості; способи отримання необхідної професійної інформації та ефективності її використання, навички удосконалення професійних знань та вмінь; навички самоорганізації та професійного планування, послідовності у роботі; забезпечує цілісність уявлень про професійну діяльність, активізує пізнавальну роботу студента, сприяє розвитку й збагаченню когнітивного досвіду і визначається як здатність сприймати, переробляти в свідомості, зберігати в пам'яті та відтворювати в потрібний момент інформацію для вирішення тих чи інших теоретичних і практичних завдань. Рівень розвитку когнітивного компоненту визначається широтою, глибиною та системністю знань в медичній галузі (професійний інтелект), а також особливостями розвитку пізнавальних процесів (сприймання, уваги, пам'яті, мислення, уяви)
Операційно-діяльнісний компонент	Являє собою активне використання отриманих знань, сформованих вмінь, набутих навичок та професійно важливих якостей в професійній діяльності як необхідних складових пізнання та розвитку професійної культури, самовиховання, самовдосконалення. Розвиток даного компоненту професійної компетентності відбувається в загальному контексті навчального процесу (кожна навчальна програма, крім змісту теоретичних знань, містить в собі ще й перелік умінь та навичок, що їх повинен засвоїти кожен студент), найбільшою мірою його забезпечує навчально-виробнича практика

Навчальна програма спецкурсу з психології
«Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря»
(формувальний етап дослідження)

Навчальна програма побудована з урахуванням сучасних підходів в рамках гендерних досліджень в психології та містить матеріали з проблеми гендерних особливостей професійного становлення та розвитку особистості чоловіка та жінки, а також змістові аспекти формування професійної компетентності лікаря.

Основними *завданнями спецкурсу* є:

- Актуалізувати прагнення студентів-медиків ознайомитись з гендерним підходом у психології та надати уявлення про основні поняття гендерної психології (гендер, гендерна культура, гендерні ролі, гендерні стереотипи, гендерна ідентифікація, гендерна соціалізація, дискримінація за ознакою статі та ін.);
- Дослідити особливості прояву власних гендерних характеристик особистості студентів (маскулінності, фемінності, андрогінності, гендерних ролей, настановлень та стереотипів) і визначити гендерний тип особистості;
- Визначити та проаналізувати місце та роль гендерних стереотипів в особистісному та професійному розвитку майбутнього лікаря;
- Усвідомити досвід трансляції гендерних стереотипів й закріплення дискримінації за ознакою статі у професійній взаємодії лікаря, усвідомити джерела власних гендерних стереотипів;
- Забезпечити теоретичними знаннями про особливості розвитку, структуру (ціннісно-мотиваційний компонент, операційно-діяльнісний компонент, поведінковий компонент, когнітивний компонент, комунікативний компонент, рефлексивно-творчий компонент) та основні види (спеціальна, соціально-психологічна, комунікативна, саморегуляційна, морально-етична, правова) професійної компетентності лікарів;
- Проаналізувати основні фактори розвитку та умови формування професійної компетентності в процесі навчально-професійної діяльності майбутніх лікарів;
- Сформувати вміння розпізнавати приклади прояву гендерних стереотипів, дискримінації за ознакою статі, гендерної нерівності тощо в професійному

медичному спілкуванні (в медичних колективах у взаємодії «лікар – лікар», «лікар – керівник» «лікар – медична сестра», «лікар – пацієнт», «лікар – сім'я»);

- Сприяти розвитку у студентів асертивної (впевненої) поведінки як ефективного способу міжособистісної взаємодії та фактору професійної успішності лікаря;
- Сформуванню вміння розпізнати причини та ознайомити із способами запобігання явищ професійних деформацій та професійного «вигорання» особистості медичних фахівців.

В результаті вивчення спецкурсу студенти повинні **знати:**

основні поняття курсу: гендер, гендерні ролі, гендерні стереотипи, гендерні настанови, гендерна соціалізація, гендерна ідентифікація, дискримінація за ознакою статі, гендерна асиметрія, маскуліність, феміністичність, андрогінність; професійна компетентність майбутнього лікаря; гендерні особливості професійного становлення особистості та професійного спілкування, професійні деформації, професійне «вигорання».

Вміти:

розпізнавати прояви гендерних стереотипів, дискримінації за ознакою статі, гендерної нерівності у професійній міжособистісній взаємодії в медичній практиці та знаходити способи їх нейтралізації; визначати джерела власних гендерних стереотипів, настанов; володіти навичками асертивної поведінки у міжособистісній взаємодії; розпізнавати причини та володіти способами запобігання явищ професійних деформацій та професійного «вигорання» особистості медичних фахівців; використовувати отримані знання на практиці.

Додаток 3 (продовження)

**Тематичний план навчальної програми спецкурсу
«Гендерні особливості професійного становлення успішного лікаря»**

Таблиця 3.1.

№ п/п	Назва змістового модулю та теми заняття	Аудиторна робота		СРС
		Лекції	Практичні	
1	2	3	4	5
	<i>Змістовий модуль I. Гендерні особливості розвитку особистості</i>			
1.	Гендер як категорія психології	-	-	1
2.	Гендерні характеристики особистості (гендерна ідентичність, гендерні ролі, гендерні стереотипи, настанови тощо)	2	-	1
3.	Передумови розвитку особистості лікаря через усвідомлення власних гендерних характеристик	-	2	1
	<i>Змістовий модуль II. Гендер та професійне становлення особистості лікаря</i>			
4.	Гендерні особливості професійного та особистісного розвитку лікаря	2	-	1
5.	Професійна компетентність лікаря: гендерні особливості та фактори розвитку	2	2	1
6.	Гендер в міжособистісній комунікації. Гендерні особливості професійного спілкування в медичній практиці	-	2	1
7.	Асертивність як фактор професійної успішності лікаря	-	2	1
8.	Гендерні особливості професійних деформацій та професійного «вигорання» особистості медичних фахівців	-	2	1
Усього годин:		6	10	8

**Програма гендерно-орієнтованого тренінгу психолого-педагогічного
спрямування «Гендерні особливості формування та розвитку професійної
компетентності майбутніх лікарів»
(формувальний етап дослідження)**

Опис програми. Тренінг розглядався нами як ефективний метод, що сприяє інтенсивному розвитку ціннісно-мотиваційного, комунікативного, поведінкового та рефлексивного-творчого компонентів професійної компетентності майбутніх лікарів та спосіб пом'якшення психологічної залежності студентів-медиків від гендерних стереотипів існуючих на шляху до професійного зростання чоловіків та жінок. Тренінгова програма формування професійної компетентності містить вправи на розвиток професійної ідентичності, формування необхідних професійно важливих якостей особистості спеціаліста з медицини, усвідомлення (рефлексія) ролі гендерних стереотипів існуючих в буденній свідомості, які гальмують особистісний та професійний розвиток майбутніх лікарів.

Методологічною основою побудови програми тренінгу виступив принцип психологічної рівності статей, розвитку індивідуальності та взаємозамінності гендерних ролей (Т. Бендас, С. Бем, В. Геодакян, Т. Говорун, О. Денисова, О. Кікінежді, І. Клецина та ін.)

Основними цілями тренінгу є:

- створення передумов для гармонійного особистісного та професійного розвитку юнаків та дівчат студентів медичного університету (для реалізації особистісного потенціалу у майбутній професійній діяльності лікарів) через усвідомлення власних гендерних характеристик (гендерних стереотипів, гендерних ролей, настанов, очікувань, переконань тощо)
- формування стратегії гендерного партнерства та гендерного балансу в процесі подальшого професійного навчання та міжособистісної взаємодії в студентському колективі на засадах егалітарного спілкування.

Методологічні умови організації тренінгових занять:

- В тренінгу як педагогічній технології використовуються різноманітні форми і методи навчання, які спрямовані на досягнення конкретних цілей навчання;
- Всі форми та методи групової роботи в тренінгу реалізуються відповідно визначених педагогічних цілей, поетапно і визначаються структурою «технологічного кроку» тренінгових технологій;

- В якості обов'язкових модулів структури «технологічного кроку» розглядають: «занурення» (адаптація, знайомство), міні-лекція, ігрові вправи, групова дискусія.

Положення тренінгу:

1. Тренінг є мікрокосмосом або суспільством у мініатюрі, що відображає у собі весь зовнішній світ та додає реалістичності штучно створюваним відносинам у групі. В результаті досвід, що здобувається у спеціально створеному середовищі, як правило, переноситься і на реальний світ;
2. Тренінгова група сприяє особистісному зростанню. В групі особистість неминуче ставиться в положення, що змушує її до самодослідження й інтроспекції. Кожна спроба саморозкриття чи самовдосконалення учасника групи викликає певну реакцію з боку інших її членів, і, відповідно, надає можливість кращого пізнання себе;
3. Нова інформація, знання, вміння та навички, здобуті в процесі тренінгу, надають можливість переосмислити вже сформовані уявлення про себе та про інших людей, до більш теплого та дружнього сприйняття і більш вільного виявлення своїх почуттів, емоцій та бажань, спонукають до самовдосконалення та розвитку особистості;
4. У процесі групової взаємодії відбувається прийняття цінностей і потреб інших людей через процеси спостереження та ідентифікації з іншими членами групи, а також через використання зворотнього зв'язку, самооцінювання власних почуттів і поведінки.
5. У тренінгу, як особливому виду навчання, створюються сприятливі умови для подолання протиріччя між індивідуальним способом засвоєння знань при традиційному навчанні і колективним характером майбутньої професійної діяльності, в якій постійно відбувається обмін інформацією на тлі безпосередніх міжособистісних взаємозв'язків;
6. Зміни, які відбуваються під час тренінгу, є результатом руху від зовнішньої до внутрішньої, від запропонованих зразків поведінки і діяльності – до їх усвідомлення і введення в пізнавальні і регуляційні структури психіки у вигляді умінь, навичок, настанов;
7. Психічні утворення, сформовані в тренінгу і, які виникли внаслідок

Додаток К (продовження)

- інтеріоризації зовнішнього професійного контексту, активізують процеси самокорекції та саморозвитку;
8. Безоцінне прийняття інших людей, активне емпатійне слухання та конгруентне самовираження в процесі групової взаємодії дозволяють створити умови гуманізації міжособистісних стосунків та забезпечують конструктивні особистісні зміни;
 9. Активна групова позиція учасників тренінгу, здатність до саморозкриття стимулюють процеси самоусвідомлення, осмислення своїх особливостей та самопізнання;
 10. Гуманістична спрямованість тренінгу визначає головною цінністю особистість кожного учасника групи як вільну, відповідальну за свої вчинки і наслідки, постійно зростаючу особистість, де відсутні схвалення і покарання, оцінні судження, поради, критика, а також формальна стимуляція у вигляді нагороди, а процес у групі зорієнтований на отримання індивідуально значущих результатів.

Завдання тренінгу

- 14) Створення умов для розвитку особистості учасників групи через усвідомлення власних гендерних характеристик (гендерних стереотипів, переконань, очікувань, настанов);
- 15) Сприяти подоланню бар'єрів традиційного сприймання психологічних характеристик і соціальних ролей особистості залежно від статі;
- 16) Дослідження власних зразків гендерної поведінки студентів у спеціально створених професійно-орієнтованих ситуаціях міжособистісної взаємодії;
- 17) Корекція гендерних стереотипів та установок, які виступають у якості перепон на шляху до особистісного та професійного розвитку майбутніх лікарів;
- 18) Формування гендерних установок, необхідних для успішної міжособистісної взаємодії в майбутній медичній професії;
- 19) Розвиток рефлексії Я (Я-чоловік/Я-жінка) через збагачення гендерних знань студентів;
- 20) Формування стратегії гендерного партнерства та гендерного балансу в процесі подальшого професійного навчання та міжособистісної взаємодії (професійного спілкування);

Додаток К (продовження)

- 21) Опанування рефлексивними техніками самоконтролю і саморегуляції поведінки;
- 22) Здобуття навичок впевненої (асертивної) поведінки та інших професійно важливих навичок спілкування (активного слухання, знання вербальних та невербальних засобів спілкування та ін.).
- 23) Розвиток професійно значущих умінь, навичок та особистісних якостей майбутніх лікарів (доброзичливості, толерантності, чуйності, відвертості, комунікативності, емпатійності тощо);
- 24) Формування вмінь критичного і творчого мислення у процесі вирішення професійних завдань;
- 25) Розвиток здатності позитивного сприймання і прийняття себе, своїх достоїнств та недоліків, усвідомлення власної цінності й унікальності, формування позитивної Я-концепції;
- 26) Розвиток готовності до самозмін, саморозвитку, самореалізації у сфері майбутньої професійної діяльності.

Принципи групової роботи

- Принцип активності. Кожен учасник повинен бути включений до інтенсивної групової взаємодії, що забезпечує відкритість до нового досвіду, здатність і прагнення активно спостерігати за власними особистісними змінами, спрямовує власні зусилля на отримання практичного, емоційно-чуттєвого досвіду;
- Принцип добровільності. Реалізує необхідність самостійності прийняття рішення кожного учасника групової психологічної роботи про його участь у виконанні запропонованих тренером вправ;
- Принцип рівноправності. Передбачає створення сприятливих умов для довірливого спілкування учасників тренінгу, забезпечує групову динаміку, значною мірою визначає результативність занять. Усі учасники тренінгу мають однакові права й обов'язки. Пропонується прийняти єдину форму звернення один до одного на «ти», що не тільки психологічно урівнює всіх членів групи, а й вносить елемент інтимності та довіри. Це сприяє налагодженню суб'єкт-суб'єктної взаємодії;
- Принцип конфіденційності. Суть його полягає в рекомендації не розголошувати зміст спілкування, що розвивається в процесі тренінгу, за межі

Додаток К (продовження)

групи. Це сприяє встановленню атмосфери довіри в групі, впевненості, що зміст спілкування залишиться в межах тренінгової групи;

- Принцип «тут і тепер». Предметом аналізу учасників тренінгу є процеси, які відбуваються в групі в даний момент, почуття що переживаються в конкретну мить, думки, які з'являються в даний момент. Крім спеціально визначених випадків забороняються проекції у минуле і майбутнє. У відповідності до цього принципу група повинна перетворитись на своєрідне об'ємне дзеркало, в якому кожен учасник побачив би себе під час виконання вправ. Це досягається зокрема тим, що у групі повинен існувати інтенсивний зворотний зв'язок, який ґрунтується на довірливому міжособистісному спілкуванні;
- Принцип усвідомленості. Суть його полягає у тому, що кожен учасник групової психологічної роботи має добре розуміти, що саме і для чого він робить у контексті тренінгових занять;
- Принцип відповідальності. Дотримання цього принципу передбачає те, що кожному учаснику групи необхідно спрогнозувати наслідки власних дій в контексті тренінгової роботи і відповідно скоригувати свою поведінку або виправити можливі помилки самотійно;
- Принцип персоніфікації висловлювань. Суть його полягає в добровільній відмові безособових мовних форм, які допомагають у повсякденному спілкуванні приховувати власну позицію або ж уникати прямого висловлювання в небажаних випадках. Кожний учасник висловлюється та чинить від власного імені, не змішуючи свої думки та дії з думками та діями інших;
- Принцип пріоритетності мови почуттів. Відповідно до нього учасники групи мають концентрувати увагу на емоційних станах і проявах (власних і партнерів з групи) та під час зворотнього зв'язку, якщо це можливо, використовувати мову, яка фіксує емоційний стан. Відповідно, перед кожним учасником ставиться завдання перебудувати свій стиль спілкування і виробити вміння чітко ідентифікувати й адекватно висловлювати власні почуття;
- Принцип взаємоповаги. Передбачає створення найсприятливіших умов для довірливого спілкування учасників тренінгу. Забезпечує групову динаміку, значною мірою визначає результативність занять. Учасники, поважаючи, себе та інших, повинні висловлюватися по черзі, не перебиваючи один одного,

Додаток К (продовження)

пам'ятаючи, що думка кожного цінна і необхідна для поповнення спільного групового досвіду;

- Принцип безоціночності. Дотримання цього принципу передбачає те, що висловлювання учасників групи по відношенню один до одного не повинні містити діагностичні, інтерпретаційні й просто оціночні судження, а також заборону надавати поради один одному;
- Принцип презумпції конструктивності. Будь-яка психологічна подія – психологічний процес, особливість тощо, розглядається як корисна та позитивна доти, доки не доведено зворотнього. Будь-яка людина та будь-який вчинок та висловлювання, безумовно, приймається такими, якими вони є, доки вони не шкодять іншим;
- Принцип відвертості і відкритості. Передбачає те, що кожний учасник групи повинен намагатись бути відвертим у своїх висловлюваннях. Це сприяє отриманню та наданню чесного зворотнього зв'язку, тобто тієї інформації, яка запускає не лише механізми самосвідомості, але і механізми міжособистісної взаємодії в групі;
- Принцип рефлексивності. Передбачає комунікативну вербалізацію тих аспектів розвитку самосвідомості учасників тренінгу, що задіяні у його контексті, тобто це здійснення зворотнього зв'язку, який полягає у висловлюваннях учасників щодо своїх міркувань, стосовно сенсу та способів вирішення завдань власного стилю участі в роботі, пошуку ефективних шляхів вирішення проблем.

*Додаток К (продовження)***Зміст програми гендерно-орієнтованого тренінгу***Таблиця К.1***Модуль 1. Організаційно-інтеграційний (заняття №1)**

Цілі модулю	Зміст модулю (приклади вправ)	Тривалість (кількість годин)
Презентація програми; знайомство учасників тренінгу; обговорення цілей та завдань тренінгу, режиму й організації роботи групи; ознайомлення з основними принципами та правилами роботи групи; визначення особистісних цілей та очікувань, їх зв'язку з професійними задачами та цілями; формування в учасників реальних очікувань стосовно роботи в групі	Первинна діагностика. Міні-тест «Моя професійна позиція» <i>Вправи:</i> «Привітання» «Публічне Я»; «Презентація особистого гендерного образу»; «Правила роботи групи»; «Дерево очікувань»; «Лист до самого себе»	4

Додаток К (продовження)

Таблиця К.2

Модуль 2. Рефлексивно-творчий (заняття №№ 2 – 4)

Цілі модулю	Зміст модулю (приклади вправ)	Тривалість (кількість годин)
підвищення рівня самооцінки, розуміння власної значущості, віри та впевненості у собі; розвиток самосвідомості і самоконтролю; активізація саморозвитку; усвідомлення власних гендерних характеристик та патернів поведінки; визначення місця гендерних ролей в ієрархії соціальних ролей особистості в учасників заняття; підсилення ступеня узгодженості Я-реального та Я-ідеального; розвиток гнучкості гендерної ідентичності в структурі Я-концепції особистості.	<p><i>Діагностичні техніки:</i> опитувальник «Хто Я?»</p> <p><i>Вправи:</i> «Гендерні стереотипи та гендерні ролі»; «Я та інші»; «Гендерний перфоменс»; «Головні пов'язки»; «Планета»; «Можу, хочу, повинен – і це Я»; «Позитивне Я»; «Собі коханому»; «Мій професійний портрет в промінцях сонця»; «Хвастоці»; «Комісійний магазин»; «Банк досягнень»</p> <p><i>Сюжетно-рольові ігри:</i> «Впевнена (асертивна) поведінка»; «Офіціант, в моєму супі муха»</p> <p><i>Групові дискусії:</i> «Дієта від гендерних стереотипів»; «Чоловічі та жіночі медичні спеціальності – міф чи реальність?»; «Чому стереотипи продовжують працювати?»</p>	12

Додаток К (продовження)

Таблиця К.3

Модуль 3. – Комунікативно-поведінковий (заняття №№ 5 – 7)

Цілі модулю	Зміст модулю (приклади вправ)	Тривалість (кількість годин)
Активізація експресії, рефлексії, емпатії; розвиток навичок керівництва вербальною і невербальною комунікацією; формування комунікативних вмінь та навичок; закріплення власної «Я» – концепції у конкретних ситуаціях взаємодії; формування навичок асертивної поведінки; активізація процесів керування собою	<p><i>Вправи:</i> «Поганий лікар»; «Судження»; «Рефлексивне слухання»; «Товсте скло»; «Гори та альпіністи»; «Стаття»; «Гідна відповідь»; «Потрібен лікар»; «Три відповіді»</p> <p><i>Сюжетно-рольові ігри:</i> «Головний лікар»; «Складний пацієнт»; «Нав'язування»; «Лікарня»; «Дискримінація»; «Співбесіда»</p> <p><i>Групові дискусії:</i> «Труднощі у професійному спілкуванні»; «Професійна самореалізація та явище «скляної стелі»; «Асертивність як спосіб подолання ефекту «скляної стелі»; «Можливості андрогінної особистості»; «Секрети гендерно-паритетної взаємодії»</p>	12

Додаток К (продовження)

Таблиця К.4

Модуль 4. – Ціннісно-мотиваційний (заняття №№ 8 – 9)

Цілі модулю	Зміст модулю (приклади вправ)	Тривалість (кількість годин)
Усвідомлення своєї професійної позиції; розвиток професійної спрямованості; формування інтересу до майбутньої професійної діяльності; розвиток професійної ідентичності; рефлексія власних гендерних уявлень та їх впливу на професійну самореалізацію; розуміння себе і усвідомлення своїх потреб	<p><i>Вправи:</i> «Професійна ідентичність»; «Сходинки», «Гендерні стереотипи в професії лікаря»; «Професійний портрет»; «Моя мрія як майбутнього лікаря»; «Оголошення»; «Мій рівень професіоналізму»; «Абетка цінностей» та ін.</p> <p><i>Групові дискусії:</i> «Ідеал сучасного лікаря»; «Сходинки до професійної майстерності»; «Шляхи професійної самореалізації лікаря»</p>	8

Приклади тренінгових вправ, які використовувались у процесі групової роботи з майбутніми лікарями (формувальний етап дослідження)

Рольова гра «Головний лікар»

Мета: визначення та усвідомлення власних гендерних стереотипів у професійно-орієнтованій ситуації спілкування; розвиток навичок асертивної поведінки; конструктивного вирішення конфліктів у професійному спілкуванні.

Студенти поділяються на дві підгрупи. У першій підгрупі – колектив лікарні переважно складається із жінок, у другій – з чоловіків.

Інструкція: У лікарню потрібен головний лікар. Керівництво надало можливість медичному персоналу обирати кандидатуру на посаду головного лікаря відкритим голосуванням. Колектив лікарні переважно складається із жінок. Є дві кандидатури (чоловік і жінка). Якості та професійні здобутки у них однакові. Кого і як обрати?

Дійові особи: претенденти на посаду головного лікаря (чоловік та жінка), адміністрація лікарні (складається з рівної кількості чоловіків та жінок), колектив лікарні (переважно чоловічий/жіночий). *Якщо в групі невелика кількість учасників, то рішення про прийняття на посаду приймає колектив лікарні шляхом відкритого голосування.*

Після «програвання» ролей учасники **обговорюють результати рольової гри**, аналізують особливості обговорення та прийняття рішення, визначають які аргументи з боку колективу лікарні були найбільш впливовими при прийнятті рішень, які доводи претендентів на посаду були найбільш вдалими при ухваленні рішень, як можна оцінити поведінку претендента на посаду головного лікаря /керівництва лікарні/робочого колективу лікарні (*агресивна, пасивна, асертивна*); визначають особливості прояву (причини та наслідки) та впливу гендерних стереотипів у майбутній професійній діяльності та їх ролі у процесі особистісної та професійної самореалізації майбутніх фахівців.

Вправа «Три відповіді»

Мета: розвиток вміння визначати адекватний спосіб поведінки при взаємодії.

Кожний учасник загадує ситуацію (бажано гендерно-типову), пов'язану із майбутньою професійною діяльністю, в якій йому (їй) доведеться відповідати (розмовляти) уявному співрозмовнику (пацієнту, колеці по роботі, незнайомий лікар, головний лікар відділення тощо). Цю ситуацію він повідомляє групі, а

Додаток К.1 (продовження)

потім демонструє три варіанти відповіді. Один з варіантів повинен демонструвати впевнену (асертивну) поведінку, другий – агресивну, наполегливу, третій – невпевнену, пасивну. Всі три варіанти учасники демонструють без попередження про те, який конкретно варіант зараз буде продемонстрований. Після показу в процесі групового обговорення, кожен з учасників ділиться враженнями з приводу того, який з варіантів прозвучав.

Можна роздати картки з можливими професійно-орієнтованими ситуаціями, наприклад:

1. Ви запізнились на роботу на щоденну п'ятихвилинку. У вас є поважна причина. При вході на роботу Ви зустрічаєте головного лікаря й говорити йому...
2. Вам потрібно терміново знайти заміну на нічне чергування у лікарні. У коридорі Ви зустрічайте свого колегу-лікаря й починаєте розмову...
3. Зранку після нічного чергування Ви засинаєте на важливій п'ятихвилинці. Крізь сон чуєте, що до Вас звертається головний лікар відділення з якимось запитанням. Ви відкриваєте очі, й відповідаєте йому ...
4. Ваш колега, який користується повагою серед інших колег та пацієнтів наполягає на тому, щоб Ви проводили лікування згідно його рекомендацій, тому що у нього більше досвіду. Ви відповідаєте йому ...
5. На прийомі у поліклініці до Вас «вривається» без черги та попередження схвильований пацієнт. Ви говорите йому ...
6. На роботі представник керівництва лікарні «рекомендує» (маніпулюючи посадою та окладом) Вам пропонувати (продавати) пацієнтам малоефективні ліки за хорошу винагороду. Ви відповідаєте ...
7. Пацієнт вимагає прийняти його у неробочий час. Ви втомились, Ваш робочий час закінчився. Ви відповідаєте йому...
8. При обстеженні Ваш пацієнт говорить, що ліки, які Ви призначили не можна використовувати, вони не ефективні, оскільки так йому сказав його знайомий лікар. Ви відповідаєте йому...
9. Колега по роботі зіпсував Ваш медичний одяг, Ви помітили це коли збирались переодягнутись. Ви телефонуєте йому й говорите ...

Вправа «Сходінки»

Мета: розвиток спрямованості на майбутню професійну діяльність, активізація внутрішніх ресурсів.

Тренер спочатку наводить приклад того, як можна просуватись за рівнем узагальнення вгору-вниз. Наприклад, до слова «квітка» - рух за рівнем

Додаток К.1 (продовження)

узагальнення вгору: квітка – картина – інтер'єр – краса – життя – енергія.
Рух за рівнем узагальнення вниз: квітка – фарби – матеріали – молекули – атоми – енергія.

Після того учасникам пропонують здійснити «особливий» психологічний рух вгору по логічним сходинам учасників. Учасники працюють в парах. Відповіді фіксують у письмовому вигляді.

Мета теперішнього моменту. «Навіщо Ви здобуваєте освіту лікаря?»

Найближча мета. Навіщо Ви хочете бути лікарем?

Віддалена мета. Навіщо Вам потрібно (Для чого тобі)....(допомагати людям)?

Віддалена-віддалена мета. Для чого тобі потрібно, щоб ... (вони жили краще)?

Найбільш віддалена мета. (гармонія, щастя).

Далі ведучий пропонує «особливий» рух вниз за логічними рівнями відносно

Результат теперішнього моменту «Що Ви отримуєте, навчаючись у медичному університеті?»

Найближчий результат. Що Ви можете отримати, маючи медичні знання?

Віддалений результат. Що Ви можете отримати маючи роботу лікаря?

Далекий результат. Що Ви можете отримати, коли будете гарно жити?

Найбільш віддалений результат. (гармонія, щастя).

Після обговорення в парах, учасники діляться своїми відповідями та враженнями у «великому» колі.

Запитання для обговорення: Як співпадають цілі та результати? Хто піднявся вище за всіх у своїх цілях? Хто досяг найвищого результату? Чому можливо неспівпадання цілей та результатів?

Вправа «Презентація особистого гендерного образу»

Мета: презентація свого образу як чоловіка чи жінки; усвідомлення власного сприйняття учасниками своїх особистісних характеристик, які пов'язуються зі статтю.

Після процедури знайомства та обговорення правил групової взаємодії тренер пропонує учасникам представити себе групі в якості чоловіка чи жінки (у відповідності до своєї статевої приналежності).

В процесі обговорення ведучий звертає увагу аудиторії на те, що власне статеві ознаки майже не виступають тими особистісними характеристиками, якими користуються для презентації власного образу в якості чоловіка чи жінки. При чому окремі особистісні характеристики можуть бути загальними в гендерних образах як чоловіків, так і жінок. Тобто ці характеристики особистості,

Додаток К.1 (продовження)

які на поверхні свідомості пов'язують з біологічними факторами, насправді визначаються соціальними відносинами й ситуаціями міжособистісної взаємодії. Відповідно, в реальних практиках взаємодії чоловіків та жінок між собою основний акцент у сприйнятті відмінностей робиться на соціально детермінованих характеристиках, а власне поняття чоловічого та жіночого відображають зміст соціальних, а не біологічних якостей.

Вправа «Гендерні стереотипи в професії лікаря»

Мета: визначення основних особистісних якостей в образі «справжнього лікаря»; виявлення наявності/відсутності стереотипних уявлень в свідомості студентів відносно образу ідеального лікаря.

Необхідне обладнання: аркуш паперу, ручка, олівець.

Студенти працюють в малих групах.

Інструкція: У переліку якостей особистості, визначте ті, які на Вашу думку, характеризують справжнього лікаря (тобто ті, які формуються у процесі професійного становлення медичного працівника).

В процесі обговорення студентам пропонують порівняти якості особистості, які формує медична професія з тими якостями, які, на думку студентів, є характеристиками типово чоловічого та типово жіночого образу. Проаналізувати до якого з визначених образів більше належить образ ідеального лікаря? А також дати відповідь на запитання: які якості формує професія лікаря, ті, які визначають традиційно жіночий образ чи традиційно чоловічий? Акцентувати увагу студентів на існуванні другої групи гендерних стереотипів, відповідно до яких закріплюються професійні ролі відповідно до статі людини. Проаналізувати як проявляється ця група стереотипів в медичній професії.

Вправа «Яким лікарем я мрію бути»

Мета: усвідомлення своїх бажань відносно майбутньої професійної діяльності, а також можливих гендерних настанов відносно поділу лікарських спеціальностей на «жіночі» або «чоловічі».

Ведучий роздає учасникам самоклеючі аркуші паперу різного кольору (дівчатам одного кольору, хлопцям – іншого кольору) й пропонує їм записати на аркуші назву своєї омріяної лікарської спеціальності. Після цього учасники зачитують назви спеціальностей та приклеюють аркуші до дошки так, щоб аркуші із назвами однакових спеціальностей опинились в одному стовпчику.

В процесі обговорення підраховується кількість аркушів кожного кольору в залежності від обраної спеціальності. Обговорюються можливі гендерні стереотипи щодо поділу лікарських спеціальностей на «маскулінні», «фемінінні» та «нейтральні». Досліджується взаємозв'язок між гендером та вибором майбутньої лікарської спеціальності, підводяться підсумки.

*Додаток К.1 (продовження)****Вправа «Гендерний перфоменс»***

Мета: формування вміння оцінювати свої почуття.

Учасникам пропонують виконати ролі, які написані на картках, всі інші повинні здогадатись, яку роль виконує учасник.

Гендерні ролі:

- Грубий чоловік
- Груба жінка
- М'який чоловік
- М'яка жінка
- Ласкавий чоловік
- Ласкава жінка
- Самотній чоловік
- Самотня жінка
- Байдужий чоловік
- Байдужа жінка
- Злий чоловік
- Зла жінка
- Гордий чоловік
- Горда жінка
- Радісний чоловік
- Радісна жінка
- Наляканий чоловік
- Налякана жінка

Пропонуються лише дві ролі, щоб учасники змогли прийти до висновків, що поведінка чоловіків та жінок буває однаковою й різною.

Тренер зауважує, що вид ролі, при якій людина проявляє як чоловічі, так і жіночі характеристики називають андрогінія.

**Приклади психогімнастичних вправ, які використовувались у процесі
групової роботи з майбутніми лікарями
(формувальний етап дослідження)**

Рухові вправи, які дають можливість дослідити й посилити згуртованість групи.

Вправа "Шикуйся!"

Група має якомога швидше мовчки стати в шеренгу за якоюсь ознакою: кольором волосся, датою народження, досвідом роботи.

Вправа "Пальці"

Усі учасники групи мають "викинути" однакову кількість пальців.

Вправа-руханка "Дракон"

Учасники групи створюють фігуру дракона: хтось стає головою, хтось тулубом, крилами, хвостом... Кожен з учасників має зайняти власне місце, при цьому можна вільно розмовляти. Коли дракона створено, усі, крім голови, заплющують очі та починають пересуватися приміщенням.

Вправа «Дзеркало»

Ця гра допомагає учасникам почуватися вільно, розкритися, побачити себе збоку. Найкраще підходить для невпевнених у собі, пасивних учасників групи.

Учасники працюють в парах. Один гравець дивиться у "дзеркало", тобто на свого товариша, який повторює всі його рухи: махи руками, ногами, міміку. По черзі гравці міняються ролями.

Вправа «Поміняйтесь місцями»

Учасники переміщаються зі стільця на стілець по колу таким чином, щоб той член групи, який стоїть в центрі не міг сісти на вільний стілець. Тренер водить або командує про зміну місць всіх сидячих. Наприклад, «всі, має мрію міняються місцями; всі, хто хропе вночі, міняються місцями» тощо.

Вправа «Гра з м'ячем»

Члени групи перекидають м'яч один одному, супроводжуючи даний рух словами, причому м'яч завжди позначає яку-небудь річ (наприклад, яблуко, цеглу, дитину, гарячу праску та ін.). Той член групи, що зловив м'яч повинен обходитися з ним так, ніби м'яч є тим предметом або об'єктом, яким його назвали.

Додаток К.2 (продовження)

Гімнастика з запізненням

Всі повторюють за одним з учасників групи певну гімнастичну вправу, з відставанням від ведучого на один рух. Поступово темп вправи зростає.

Передача ритму по колу

Всі учасники групи повторюють за однією людиною заданий ритм, плескаючи в долоні.

Передача руху по колу

Один з членів групи починає рух з уявним рухом так, щоб його можна було продовжити. Далі цей рух повторює сусід, і так далі по колу, поки предмет не обійде всю групу.

Для зняття напруги також використовувались різноманітні рухливі ігри (наприклад, «я ходжу по гарячому піску», «поспішаю на навчання», «йду на важливу зустріч» тощо).

Для скорочення емоційної дистанції застосовувались вправи, які передбачають безпосередній контакт (наприклад, *потрібно заспокоїти скривджену людину, сісти на стілець, який зайнятий іншою людиною, з закритими очима передати почуття по колу за допомогою дотику та ін.*).

Приклади вправ-релаксацій, які використовувались у процесі групової роботи з майбутніми лікарями (формувальний етап дослідження)

Вправа «Приємні спогади»

Займіть зручну позу, заплющте очі. На вдиху свідомо концентруйте увагу на м'язах вашого тіла, не видиху послабляйте увагу. Відчуйте розслаблення вашого тіла. Спробуйте відновити в пам'яті найбільш приємні і заспокійливі епізоди минулого з усіма деталями, пов'язані з природою. Пригадайте найдрібніші деталі цієї місцевості. Які звуки ви чули? Які аромати вдихали? Де ступали? Що відчували? Чим більше деталей ви пригадаєте і уявите, тим більше ви розслабитесь. Зафіксуйте приємний образ. Прокиньтесь.

Вправа «Море»

Заплющте очі, зручно сядьте, покладіть руки на коліна долонями до гори. Уявіть собі берег моря, зробіть глибокий вдих, повільний видих. Шумить морська хвиля, заспокоює і заколисує. Ви сидите на березі моря, ноги торкаються морські води. Повільно зробіть вдих і видих. Відчуйте прохолоду морської води. Із кожним видихом вода повільно входить у вас, через ступні ніг піднімається в гору по тілу аж до талії, як приплив. А з кожним видихом повертається з гори в низ, як відплив. І знов приплив-вдих, відплив-видих... Вашому тілу приємно, спокійно. Вода очищує і очищує кожен частинку вашого тіла і ззовні, і з середини. Ви відчуваєте себе берегом моря, ви розчиняєтесь в піску, і вас омиває вода... Вдих-приплив, видих-відплив. Ви злилися з природою. Ви – частина природи. Вам обрє і приємно відчувати себе природою. Рухаючись у зворотному напрямку, на слові «один» розплющте очі (п'ять – чотири – три – два – один).

Вправа «Сон на березі річки»

Розслабтеся, заплющте очі. Відпочивайте... Як добре, тепло. Сонечко зігріло ваші долоні, руки, п'яти, ноги, черево, обличчя... Тепло, затишно, приємно. Тихо плине вода у річці, літають пташки. Пісок гарячий. Як спокійно... (1,5-2 хв.)

Усі відпочили? Час повертатися. Розплющте очі. Підведіться, струсіть пісок з одягу. Погляньте одне на одного та подивіться враженнями.

*Додаток К.3 (продовження)****Вправа «Веселка»***

Зручно сядьте, заплющте очі протягом 1-2 хвилини уявляйте легку, чарівну веселку, прекрасну гору барв і себе —у спокійному, приємному, розслабленому стані. Ви відпочиваєте. Вас поступово заповнює почуття спокою, розслаблення...

Роздивіться уважно всі кольори веселки. Які кольори ви бачите? Зафіксуйте кожний колір. Відчуйте, як зміна кольорів (червоний, жовтогарячий, жовтий, зелений, голубий синій, фіолетовий) тілу дає можливість радіти вашим душі та тілу. Відчувши повний спокій і задоволення, зафіксуйте цей стан. Розплющте очі, подивіться враженнями з іншими.

Вправа «Водоспад»

Уявіть собі, що ви стоїте біля водоспаду. Чудовий день, блакитне небо, тепле сонце. Гірське повітря свіже і приємне. Вам дихається легко і вільно. Але водоспад наш незвичайний, замість води в ньому падає м'який білий світ. Уявіть собі, що ви стоїте під цим водоспадом і відчуйте, як цей прекрасний білий світ струмує по вашій голові. Ви відчуваєте, як він ллється по чолю, потім по обличчю, по шиї. Білий світ тече по плечах, допомагає їм стати м'якими і розслабленими. А ніжне світло тече далі по грудях у, по животу. Нехай світло гладить ваші руки. Світло тече і по ногах і ви відчуваєте, як тіло стає м'якше і ви розслабляєтеся. Цей дивовижний водоспад з білого світла обтікає все ваше тіло. Ви відчуваєте себе абсолютно спокійно, і з кожним подихом ви все сильніше розслабляєтеся. А тепер потягніться і на рахунок «три» відкрийте очі. Чарівний світ наповнив вас свіжими силами та енергією.

Приклади арт-терапевтичних технік, які використовувались у процесі групової роботи з майбутніми лікарями (формувальний етап дослідження)

Арт-терапевтична техніка «5 малюнків»

Мета: аналіз своїх соціальних ідентичностей, гендерних ролей та наявних гендерних стереотипів професійного чи особистого характеру.

Студентам пропонують намалювати п'ять малюнків на задану тематику: «Я – жінка/чоловік партнер у стосунках», «Я дочка/мама – син/тато», «Я – жінка/чоловік серед інших жінок/чоловіків», «Я – жінка/чоловік серед інших чоловіків/жінок», «Я – жінка/чоловік серед професіоналів».

Після малювання учасники підписують малюнки відповідають на запитання: «Якщо би цей малюнок ніс Вам певне послання, міг би звернутись до Вас, що би він Вам сказав?» та об'єднуються у малі групи.

Обговорення малюнків в малих групах: - Які емоції\почуття наповнювали в процесі створення малюнку? Чи вдалось Вам отримати задоволення від роботи? Які почуття у Вас викликає Ваші малюнки (кожен з них) зараз? Які малюнки Вам найбільше подобаються, вони викликають задоволення, на них дуже приємно дивитись? Чому саме? Який малюнок не дуже подобається й викликає певні хвилювання? Чому? Що для мене особисто означає той або інший колір у малюнку? Чому саме цей колір вибраний для зображення образу на малюнку? Чи прослідковуються гендерні стереотипи у зображеннях? Якщо так, то в якій сфері професійній чи особистісній?

В процесі групового обговорення учасники діляться враженнями від процесу малювання, аналізують, що нового вони дізнались/побачили про себе в процесі роботи.

Вправа «Мій професійний портрет в промінцях сонця»

Мета: розвиток позитивного ставлення до себе, спрямованість на професійну успішність у майбутній професійній діяльності.

Необхідне обладнання: кольорові олівці, фарби, аркуші паперу формату А4, ручка, олівець, кольорові фломастери.

Додаток К.4 (продовження)

Кожному учаснику пропонується подумати, чому він заслуговує на професійну повагу. Після того, вони повинні намалювати сонце, всередині якого вони вписують своє ім'я й малюють свій портрет. Далі біля кожного промінця необхідно описати свої професійні переваги, все те хороше, що студент може повідомити про себе у професійному плані. Все, що записано, зачитується групі. Умова: необхідно намалювати та підписати якомога більше сонячних промінців.

Додаток К.4 (продовження)

«Асертивні права особистості»

(Теоретичний матеріал для самостійного опрацювання та подальшого обговорення в тренінговій групі)

Американські психологи розробили модель асертивної (самоствердної, впевненої) поведінки.

З психологічної точки зору, **асертивна поведінка** – це поведінка аутентичної (цілісної) людини. Нижче наведені приклади асертивних прав особистості, якими безумовно володіє кожний з нас, а також ті маніпулятивні упередження, які блокують ці права.

1. Я МАЮ ПРАВО ОЦІНЮВАТИ ВЛАСНУ ПОВЕДІНКУ, ДУМКИ, ПОЧУТТЯ ТА ВІДПОВІДАТИ ЗА ЇХ НАСЛІДКИ.

Маніпулятивне упередження: «Я не повинен безцеремонно і незалежно від інших оцінювати себе і свою поведінку. Насправді оцінювати і обговорювати мою особистість у всіх випадках повинен не я, а хтось більш мудрий і авторитетний»

2. Я МАЮ ПРАВО НЕ ВИБАЧАТИСЬ ТА НЕ ПОЯСНЮВАТИ СВОЮ ПОВЕДІНКУ.

Маніпулятивне упередження: Я відповідаю за свою поведінку перед іншими людьми, бажано, щоб я звітував перед ними і пояснював все, що я роблю, вибачався перед ними за свої вчинки.

3. Я МАЮ ПРАВО САМОСТІЙНО ПРИЙНЯТИ РІШЕННЯ ЧИ Я НЕСУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ І В ЯКІЙ МІРІ ЗА ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ІНШИХ ЛЮДЕЙ.

Маніпулятивне упередження: У мене більше зобов'язань по відношенню до деяких установ і людям, ніж до себе. Бажано пожертвувати моїм власним часом та гідністю і прилаштуватись.

4. Я МАЮ ПРАВО ЗМІНИТИ СВОЮ ДУМКУ.

Маніпулятивне упередження: У випадку, якщо я вже висловив якусь точку зору, її не можна змінювати. Інакше я повинен буду вибачитися або визнати, що помилявся. Це б означало, що я не компетентний і не здатний вирішувати.

Додаток К.4 (продовження)

5. Я МАЮ ПРАВО ПОМИЛЯТИСЬ І ВІДПОВІДАТИ ЗА СВОЇ ПОМИЛКИ.

Маніпулятивне упередження: Я не маю право помилятись, а якщо я зроблю яку-небудь помилку, я повинен відчувати за це провину. Бажано, щоб мене і мої рішення контролювали.

6. Я МАЮ ПРАВО СКАЗАТИ: "Я НЕ ЗНАЮ".

Маніпулятивне упередження: Бажано, щоб я завжди міг відповідати на будь-яке запитання.

7. Я МАЮ ПРАВО БУТИ НЕЗАЛЕЖНИМ ВІД ДОБРОЗИЧЛИВОСТІ ІНШИХ ТА ВІД ЇХНЬОГО ГАРНОГО СТАВЛЕННЯ ДО МЕНЕ.

Маніпулятивне упередження: Бажано, щоб люди до мене добре ставились, щоб мене всі любили, я потребую цього.

8. Я МАЮ ПРАВО ПРИЙМАТИ НЕЛОГІЧНІ РІШЕННЯ.

Маніпулятивне упередження: Бажано, щоб я був логічним, розумним, раціональним і обґрунтованим в усьому, що я роблю. Розумним є лише те, що є логічним.

9. Я МАЮ ПРАВО СКАЗАТИ: "Я ТЕБЕ НЕ РОЗУМІЮ".

Маніпулятивне упередження: я повинен бути уважним та чутливим по відношенню до потреб інших людей, я повинен «читати їхні думки». У випадку, якщо я не буду цього робити, я буду виглядати, як безжалісний невіглас і ніхто мене не буде любити.

10. Я МАЮ ПРАВО СКАЗАТИ: "МЕНЕ ЦЕ НЕ ЦІКАВИТЬ".

Маніпулятивне упередження: Я повинен намагатися уважно і емоційно ставитися до всього, що трапляється у світі. Можливо, мені це не вдасться, але я повинен намагатися цього досягти щосили. В іншому випадку, я виглядатиму черствим і байдужим.

Приклади тренінгових вправ, які використовувались на початковому етапі групової роботи з майбутніми лікарями (формувальний етап дослідження)

Вправа «Презентація»

Необхідне обладнання: папір, скребки, кольорові олівці, фломастери.

Учасники власноруч виготовляють собі бейджи. Презентують своє тренінгове (комфортне) ім'я, потім кожний із учасників поділяє аркуш горизонтальною лінією на дві частини, де у лівій частині перераховують те, що їм подобається (в собі, в природі, в людях,), а в правій – те, що є неприємним в оточуючому середовищі («не люблю дощову осінь», «не люблю тих людей, які брешуть» та ін.). Потім по черзі зачитують свої записи вголос.

Гра-криголам «Таємний піклувальник»

Завдання для учасників: Запишіть на листочку своє ім'я, киньте в мішечок. Після перемішування кожен витягніть один папірець з чужим іменем – це людина, якій треба показувати знаки уваги протягом дня, але так, щоб вона не здогадалась хто це. Завершення й результати гри в кінці роботи групи».

Вправа «Утворення підгруп»

Учасникам пропонують піднятися й з закритими очима поблукати по аудиторії, після цього «зустрітись» руками з іншими учасниками і утворити підгрупи з трьох чоловік.

Вправа «Правила роботи групи»

Мета: ознайомлення із основними правилами роботи в групі, уточнення/вироблення групових норм взаємодії, прийняття правил поведінки протягом перебування на тренінгу.

Необхідне обладнання: бланки (за кількістю учасників групи) із переліком основних правил роботи в групі, фліп-чарт, маркер.

Ведучий роздає кожній підгрупі учасників бланк на якому надрукований перелік основних правил роботи в групі. Після ознайомлення із нормами спілкування в підгрупі слідує колективне обговорення і уточнення цих норм: щось можна додати, виправити і в подальшій роботі користуватися тільки цими нормами спілкування. Іноді група виробляє своєрідні ритуали, які діють під час занять. Після закінчення обговорення правила стають законом для групи. Визначені та обґрунтовані правила фіксуються на дошці.

Додаток К.5 (продовження)

Вправа «Дерево очікувань»

Мета: обговорення особистісних очікувань учасників від роботи в групі, їх зв'язку з професійними задачами та цілями; а також ступеня власної відповідальності за реалізацію визначених очікувань від тренінгу.

Необхідне обладнання: ватман на якому намальовано велике дерево, два комплекти по три невеликих аркуша паперу (за кількістю учасників групи), стікери двох кольорів, ручка або олівець.

Інструкція: «Вам необхідно протягом 5 хв. написати на трьох аркушах паперу свої очікування від тренінгу, а ще на трьох аркушах паперу – свої побоювання».

Тренер роздає студентам по два набори аркушів паперу (всього 6). Кожний учасник повинен написати 3 очікування (*зробити, дізнатись, навчитись, зрозуміти*) і 3 побоювання. Після того, учасники, за допомогою стікерів (певного кольору) приклеюють з одного боку крони дерева свої очікування, а з іншого – свої побоювання. Далі ведучий зачитує очікування та побоювання учасників тренінгу й в процесі групового обговорення визначають ступінь особистісної та групової відповідальності.

Вправа «Хвастоці»

Мета вправи: створення умов і формування навичок саморозкриття, впевненості у собі, а також удосконалення навичок колективного виступу.

Учасники отримують завдання (час для підготовки 2–3 хв.) похвалитись перед групою певною своєю якістю, вмінням, здібністю, розказати про свої сильні сторони – про те що вони люблять і цінують у собі. Час виступу – 1 хв. Після закінчення всіх виступів група обговорює відчуття, які виникали в процесі виконання завдання. Які труднощі виникали під час проведення вправи?

**Приклади «домашніх» завдань, які використовувались в кінці
кожного тренінгового заняття з майбутніми лікарями
(формувальний етап дослідження)**

Вправа «Хто Я?»

Мета: визначення місця гендерних ролей в ієрархії соціальних ролей особистості.

Необхідне обладнання: бланк до вправи «Хто Я?» (за кількістю учасників групи), ручка або олівець.

Учасникам необхідно 20 разів написати слово «Я» і протягом 5 хвилин дати відповідь на це запитання, використовуючи будь-які слова або речення.

Інструкція: «Записуйте відповіді так, як вони спадають вам на думку, так, якби ви відповідали собі, а не комусь іншому».

Бланк до вправи «Хто Я?»

Я,.....

Я,.....

Я,.....і т. д.

Опрацювання результатів полягає у:

- 1) Визначенні кількості соціальних ролей і індивідуалізованих характеристик, які визначають особливості й якості особистості або метафоричні визначення;
- 2) Виявлення кількості описів, які відповідають гендерним ролям, визначенні їхнього місця в ієрархії описів.

Під час *аналізу результатів* дається якісний аналіз змісту гендерних ролей, які є значущими для даної особистості, їхньої відповідності традиційним гендерним стереотипам.

Приклади діагностичних матеріалів, які використовувались на різних етапах групової роботи з майбутніми лікарями (формувальний етап дослідження)

Первинна діагностика. Міні-тест «Моя професійна позиція»

Мета: визначити свої професійні позиції, які можна покращити.

Процедура проведення. Ведучий роздає членам групи копії тесту і пропонує їх заповнити. Заповнені форми не збираються, учасникам пропонується їх зберегти до закінчення тренінгових занять. Після закінчення тренінгу учасників просять переглянути свої рейтинги й проаналізувати, в яких позиціях відбулись зміни, а які все ще потребують уваги.

Бланк тесту

Інструкція: Оцініть себе й Ваші вміння за шкалою від 1 до 10 (де 1 – низький бал, а 10 – найвищий бал).

1. Як багато Ви знаєте про гендерні характеристики особистості?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
2. Наскільки Ви вільно спілкуєтесь з дівчатами?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
3. Наскільки Ви вільно спілкуєтесь з хлопцями?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
4. Як Ви вважаєте, наскільки інші цінують Вас як майбутнього лікаря?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
5. Як Ви самі оцінюєте себе як майбутнього лікаря?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
6. Як багато Ви знаєте про значення гендерних стереотипів у професійному становленні особистості? 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
7. Наскільки однаково успішно можуть здійснювати професійну кар'єру в медицині і чоловіки і жінки? 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
8. Чи знайомі Ви (читали, були свідком чи мали особистий досвід) із певними упередженнями в медичній професії залежно від статі.
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Додаток К.7 (продовження)

9. Наскільки правомірним, на Вашу думку, є погляд на те, що «чоловічими» лікарськими спеціальностями є хірургія, травматологія, ортопедія, анестезіологія, урологія, а «жіночими» – терапія, педіатрія, акушерство, гінекологія?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
 10. Яке значення має освіта, яку Ви отримаєте в успішності Вашої майбутньої професійної діяльності як лікаря?
1...2...3...4...5...6...7... 8...9...10
 11. Наскільки добре Ви працюєте над своїм професійним самовдосконаленням?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
 12. Наскільки Ви отримаєте задоволення, допомагаючи іншим людям?
1... 2...3...4...5...6...7...8...9...10
 13. Чи уявляєте Ви себе в майбутньому успішним лікарем, який працює за власною обраною спеціальністю?
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
 14. Наскільки Ваше професійне майбутнє залежить від Вас?
1...2...3 ...4... 5...6...7...8...9...10
- Наскільки Вам властиві:
15. *Емпатія*. Я вмію дивитись на світ очима інших людей. Я розумію іншу людину, оскільки я можу відчувати себе на її місці. Я розумію настрій мого співрозмовника й реагую відповідно. 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
 16. *Щирість, відвертість*. Я зазвичай більше щирий, ніж нещирий (лицемірний) у стосунках з іншими людьми. Я не приховуюсь за ролями й фасадами, не прагну справити враження, «зробити вигляд», тому інші знають, що я насправді маю на увазі. Я залишаюсь самим собою у своєму спілкуванні з іншими людьми. 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
 17. *Асертивність (впевненість)*. Я вмію висловлювати свою думку так, щоб не образити іншу людину. Я впевнено і з повагою до співрозмовника(-ків) відстоюю свою позицію у спілкуванні. Вмію казати «ні», коли це суперечить моїм життєвим принципам та переконанням
1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Додаток К.7 (продовження)

Опитувальник «Я – жінка/чоловік»

Мета: визначення гендерної ідентичності, наявних гендерних стереотипів у свідомості студентів.

Необхідне обладнання: бланк опитувальника “Я – жінка/чоловік”, ручка, олівець.

Інструкція: Ви отримали бланки опитувальника, де в стовпчику написані незавершені речення, які починаються з фрази “Я-жінка” або “Я-чоловік” (бланки роздані відповідно до біологічної статі учасників групи) і далі залишено вільний рядок. Будь-ласка, протягом 10 хвилин завершіть речення”.

Опрацювання результатів. Для кожного речення виводиться бал, який показує, наскільки це речення характеризує того, хто відповідає, як людину, що відповідає гендерному стереотипу (2 бали), не відповідає (0 балів) або нейтральна (1 бал). У цьому випадку індивідуальна оцінка рівня стереотипності/ нестереотипності носить суб’єктивний характер, тобто людина сама визначає для себе характеристики гендерного стереотипу.

В процесі обговорення аналізуються гендерні характеристики студентів.

За результатами тестів учасники «складають» свій гендерний образ.

Бланк відповідей (жінки)

1.	Я – жінка, тому що ...
2.	Я – жінка і хочу, щоб...
3.	Я – жінка, і для мене...
4.	Я – жінка і не буду терпіти, коли...
5.	Я – жінка і можу...
6.	Я – жінка і радію, коли...
7.	Я – жінка і знаю, що...
8.	Я – жінка і засмучена, що...
9.	Я – жінка і роблю...

*Додаток К.7 (продовження)***Бланк відповідей (чоловіки)**

1.	Я – чоловік, тому що ...
2.	Я – чоловік і хочу, щоб...
3.	Я – чоловік, і для мене...
4.	Я – чоловік і не буду терпіти, коли...
5.	Я – чоловік і можу...
6.	Я – чоловік і радію, коли...
7.	Я – чоловік і знаю, що...
8.	Я – чоловік і засмучений, що...
9.	Я – чоловік і роблю...

*Додаток К.7 (продовження)***Статеворольова шкала А. Heilbrun***Бланк шкали А. Heilbrun*

1	2	3	4	5	6
Якості	Бал		Якості	Бал	
Агресивність			Розуміння інших		
Зарозумілість			Делікатність		
Самовпевненість			Дії у згоді з іншими		
Владність			Залежність		
Незалежність			Емоційність		
Цинічність			Легка збудливість		
Обережність			Тривожність		
Домінування			Жіночність		
Ініціативність			Мінливість		
Переконливість			Здатність прощати		
Передбачливість			Доброзичливість		
Відкритість			Легковажність		
Значущість			Прагнення допомагати		
Практичність			Соромливість		
Працьовитість			Хвальковитість		
Дотепність			Чутливість		
Винахідливість			Сентиментальність		
Мужність			Щирість		
Прямота			Покірливість		
Проникливість			Співчуття		
Суворість			Балакучість		
Сила			Несміливість		
Витривалість			Чуйність		
Мстивість			Турботливість		

*Додаток К.7 (продовження)***Бланк «Перелік якостей особистості»**

<i>Якості особистості</i>	<i>Чоло-вічі</i>	<i>Жіно-чі</i>	<i>Ней-тральні</i>	<i>Якості особистості</i>	<i>Чоло-вічі</i>	<i>Жіно-чі</i>	<i>Ней-тральні</i>
1. Цинічність				16. Працьовитість			
2. Ніжність				17. Агресивність			
3. Винахідливість				18. Домінування			
4. Незалежність				19. Тривожність			
5. Хоробрість				20. Мстивість			
6. Впливовість				21. Мужність			
7. Емоційність				22. Чутливість			
8. Галасливість				23. Турботливість			
9. Слабкість				24. Соромливість			
10. Боязкість				25. Щирість			
11. Впевненість				26. Жіночність			
12. Чесність				27. Залежність			
13. Порядність				28. Покірність			
14. Лідерство				29. Дотепність			
15. Спокійність				30. Ініціативність			

Додаток К.8

Приклади тренінгових вправ, які використовувались на завершальному етапі групової роботи з майбутніми лікарями (формувальний етап дослідження)

Вправа «Валіза у дорогу»

Мета вправи: отримання зворотного зв'язку, можливість кожного учасника висловити свою думку про ті чи інші якості інших учасників групи.

Інструкція: Ми закінчуємо нашу роботу. Зараз кожний з вас по черзі буде ставити перед собою цей стілець (тренер ставить стілець в центр кола). Всі учасники групи в будь-якому порядку будуть підходити до стільця і називати одну якість, яка, на їх думку, допомагає вам і є асертивною, і одну – яка вам заважає бути асертивним. При цьому необхідно пам'ятати, що називати потрібно тільки ті якості, які проявились в процесі роботи групи і піддаються корекції. Після того, як всі висловлять свою думку, наступний учасник бере стілець і ставить його навпроти себе. Вправу повторюють до тих пір, поки всі учасники не отримують від групи «валізу у дорогу».

Вправа «Комісійний магазин»

Мета вправи: формування навичок самоаналізу, саморозуміння й самокритики, визначення значущих особистісних якостей, поглиблення знань один про одного через розкриття якостей кожного учасника.

Учасникам пропонується пограти в комісійний магазин. Товари приймає продавець – це людські якості, наприклад, доброта, дурість, відкритість, щирість. Учасники записують на картку риси свого характеру, як позитивні, так і негативні. Після пропонується здійснити торг, в якому кожний з учасників може звільнитись від якої-небудь непотрібної якості і набути деякі необхідні. Наприклад, декому не вистачає для ефективного життя красномовства, і він може запропонувати за цю якість певну частину свого спокою й врівноваженості.

В процесі обговорення учасники обмінюються своїми враженнями, почуттями і підводять підсумки.

Вправа «Остання зустріч»

Мета вправи: рефлексія заняття, усвідомлення свого стану «тут і тепер».

Учасникам групи пропонується закрити очі і уявити, що заняття в групі вже закінчилися. *Інструкція:* Ви йдете до дому. Подумайте про те, що ви не сказали групі, але хотіли би сказати. Через декілька хвилин відкрийте очі і скажіть це.

Вправа «Прощання»

Мета: надання зворотного зв'язку, визначення свого актуального стану, рефлексія заняття. *Інструкція:* Нам вже час прощатись. Зараз Ви маєте можливість сказати іншим учасникам групи те, що для є актуальним на даний момент, а також те, що найбільше вразило в роботі за сьогодні. Подумайте про це і в довільному порядку висловіть свої почуття та враження.

**Орієнтовний текст анкети «Зворотній зв'язок»
(формувальний етап дослідження)**

Анкета «Зворотній зв'язок»

Стать _____ Вік _____ Спеціальність _____

1. Сьогодні спілкування в групі здійснило на мене:
велике враження 5 – 4 – 3 – 2 – 1 ніякого враження
2. Я відчував(ла) себе: *вільно 5 – 4 – 3 – 2 – 1 скучно*
3. Який особистий досвід Ви отримали завдяки роботі в тренінговій групі?
(*навчились, зробили, дізнались, розвинули, пізнали, зрозуміли тощо*)?
Навчилась(-вся)

Дізналась(-вся)

Зрозуміла(-в)

Розвинула(-в)

4. Найбільше на занятті (мене вразило, мені сподобалось, здійснило вплив тощо)

5. Чи вдалося Вам набути професійних навичок спілкування та взаємодії з оточуючими? _____ Якщо так, то яких саме

6. Яких ще якостей, на вашу думку, необхідно набути для успішної професійної діяльності _____

Додаток К.9 (продовження)

- _____та
особистого зростання _____?
7. З Якими труднощами Ви зустрічались в процесі роботи?

Як Ви їх вирішували?

8. Як отриманий на занятті досвід допоможе Вам у особистому житті?

_____та в майбутній професійній діяльності?

9. Що Ви можете зробити вже зараз (на теперішній момент Вашого особистого та професійного життя), щоб реалізувати намічені на майбутнє цілі?

10. Ваші побажання _____
Дякуємо!

**Орієнтовний варіант заключної анкети
(формувальний етап дослідження)**

Заключна анкета

1. Тренінг повністю виправдав мої очікування – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
2. Я оволодів(ла) новими ефективними прийомами взаємодії з людьми – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
3. Я набув(ла) навичок асертивної (впевненої) поведінки – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
4. Я навчився (лась)
5. Я оволодів(ла) новими засобами й прийомами особистісно-професійного зростання – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
6. Я навчився(лась) краще розуміти вчинки, мотиви поведінки, емоції інших людей – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
7. Я навчився(лась) краще розуміти себе, власні вчинки, мотиви поведінки та емоції – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
8. У мене зросло прагнення до самовдосконалення і саморозвитку – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
9. Я набув(ла) нових якостей, які є необхідними для моєї майбутньої професії лікаря – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*
10. Мої пізнавальні потреби зросли – *повністю погоджуюсь – частково погоджуюсь – не погоджуюсь*

А також:

Три останні шкали залишились пустими. Заповніть, будь ласка, їх так, як ви вважаєте за потрібним.

Дякуємо!

Додаток К.11

**Приклад самоописових характеристик, представлений майбутніми
лікарями в наративах «Я-жінка/чоловік»**

Таблиця К.11.1

<i>Респонденти</i>	<i>Гендерно-типізовані відповіді</i>	<i>Гендерно-нейтральні відповіді</i>
Юнаки	<p>«Я чоловік тому, що мене так виховали мої батьки»</p> <p>«Я чоловік і хочу, щоб мене поважали жінки»</p> <p>«Я чоловік і я знаю, що я сильніший за жінку»</p> <p>«Я чоловік і можу це довести»</p> <p>«Я чоловік, і для мене важливіше за все бути головою сім'ї»</p> <p>«Я чоловік і не буду терпіти, коли мене не поважає жінка»</p>	<p>«Я чоловік і хочу, щоб у світі панував мир»</p> <p>«Я чоловік і радію, коли всі навколо усміхнені й привітні»</p> <p>«Я чоловік і я знаю, що я цікава людина»</p> <p>«Я чоловік і засмучений, коли у мене щось не виходить»</p> <p>«Я чоловік і можу зробити все за що можу нести відповідальність»</p>
Дівчата	<p>«Я жінка тому, що я слабка»</p> <p>«Я жінка і я хочу, щоб мене поважали чоловіки»</p> <p>«Я жінка і можу дозволити собі капризувати»</p> <p>«Я жінка і радію, коли мене помічають інші чоловіки»</p> <p>«Я жінка і засмучена, коли мене принижують»</p> <p>«Я жінка і можу народжувати дітей»</p>	<p>«Я жінка і знаю, що все залежить тільки від мене»</p> <p>«Я жінка, тому що я сильна духом»</p> <p>«Я жінка і можу зробити все заплановане»</p> <p>«Я жінка і радію, коли люди посміхаються»</p> <p>«Я жінка і засмучена, що існує брехня»</p> <p>«Я жінка і хочу, щоб скрізь була злагода»</p>

**Приклади відповідей студентів (юнаків та дівчат) за результатами
анкети «Зворотній зв'язок»
(за результатами якісного аналізу більшості відповідей)**

Який особистий досвід Ви отримали завдяки роботі в тренінговій групі

- навчилися:
 - «бути більш відвертими, відкритими до спілкування»
 - «слухати та довіряти іншим»
 - «висловлювати свою думку, без остраху осудження»
 - «краще ставитись до себе»
 - «толерантно ставитись до протилежних поглядів»
 - «краще розуміти себе та інших»
- дізнались:
 - «що таке гендерні стереотипи і для чого вони існують у суспільстві»
 - «що таке гендерні ролі й від чого залежить їх розподіл у сім'ї та суспільстві»
 - «що таке асертивна поведінка та які є асертивні права особистості»
- зрозуміли:
 - «що для того, щоб бути успішним потрібно змінювати свої погляди на більш демократичні та егалітарні»
 - «що оцінювати себе та інших краще відповідно до свого особистого досвіду, а не на основі уявлень, припущень та стереотипних поглядів інших»
- розвинули:
 - «більшу впевненість у собі»
 - «впевненість і вміння слухати»
 - «вміння висловлювати свою думку з повагою до іншого та без остраху осудження»

Додаток К.12 (продовження)

«здатність не соромитись»

«краще усвідомлення своїх поглядів та переконань»

«розуміти себе та інших людей».

Чи вдалося Вам набути професійних навичок спілкування та взаємодії з оточуючими? Якщо так, то яких саме.

Професійні навички:

«асертивно та впевнено відповідати»

«вміти відмовляти»

«відкрито відповідати»

«вміти слухати»

«бути наполегливим»

«більшій самовпевненості»

Особистісні риси

«чуйність»

«впевненість»

«відкритість»

«співчуття»

«тактовність»

«цілеспрямованість»

«наполегливість»

«альтруїстичність»

«емпатійність»

«толерантність»

«особистісну гнучкість»

Програма гендерно-орієнтованого тренінгу формування професійної компетентності майбутніх лікарів

Компоненти професійної компетентності	Вправи	Мета застосування	Результат
1	2	3	4
Ціннісно-мотиваційний	«Професійна ідентичність»; «Гендерні стереотипи в професії лікаря»; «Професійний портрет»; «Моя мрія як майбутнього лікаря»; «Оголошення»; «Мій рівень професіоналізму»; «Абетка цінностей»; «Сходінки» та ін.	Розвиток мотивів, цілей і потреб у професійному навчанні, професійних інтересів і цінностей; професійної ідентичності. Рефлексія власних гендерних уявлень, та їх місця у професійному становленні. Активізація спрямованості на майбутню ефективну професійну діяльність	Усвідомлення своєї професійної позиції. Формування інтересу до майбутньої професійної діяльності. Оволодіння продуктивними способами організації своєї навчальної і професійної діяльності. Рефлексія власних гендерних стереотипів та їх впливу на професійну самореалізацію. Розуміння себе і усвідомлення своїх потреб
Комунікативний	«Презентація»; «Поганий лікар»; «Судження»; «Рефлексивне слухання»; «Товстескло» та ін.	Активізація експресії, рефлексії, емпатії; розвиток соціальної перцепції, навичок керівництва вербальною і невербальною комунікацією. Формування комунікативних вмінь та навичок	Покращення вміння встановлювати міжособистісні зв'язки, обирати оптимальний стиль міжособистісної взаємодії в різноманітних ситуаціях професійного спілкування
Поведінковий	«Конфлікт на роботі»; «Стаття»; «Гідна відповідь»;	Закріплення власної «Я» – концепції у конкретних	Покращення вміння керувати власною поведінкою. Зміна

<i>Продовження таблиці Л.1</i>			
1	2	3	4
	«Потрібен лікар»; сюжетно-рольові ігри: «Головний лікар»; «Складний пацієнт»; «Нав'язування»; «Конфлікт на роботі», «Дискримінація» та ін.	ситуаціях взаємодії. Активізація процесів керування собою	неадаптивних стереотипів поведінки на адаптивні. Формування навичок асертивної поведінки
Рефлексивно-творчий	«Хто Я?»; «Презентація особистого гендерного образу»; «Гендерні стереотипи та гендерні ролі»; «Я та інші»; «Головні пов'язки»; «Планета»; «Можу, хочу, повинен – і це Я»; «Позитивне Я»; «Собі коханому»; «Мій професійний портрет в промінцях сонця»; «Хвастощі»; «Комісійний магазин»; «Банк досягнень»; сюжетно-рольова гра «Три відповіді» та ін.	Підвищення рівня самооцінки своїх особистісних та професійно значущих рис і якостей. Розвиток самосвідомості і самоконтролю. Розуміння власної значущості, віри та впевненості у собі. Активізація відповідальності за результати своєї майбутньої професійної діяльності	Підсилення ступеня узгодженості Я-реального та Я-ідеального. Розвиток гнучкості гендерної ідентичності в структурі Я-концепції особистості. Активізація саморозвитку. Вміння орієнтуватись у нестандартних професійних ситуаціях. Усвідомлення власних гендерних характеристик та патернів поведінки